

ZURICH SEGURO DE PESSOAS
COLETIVO – VIDA TAXA MÉDIA



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - VIDA

ÍNDICE

1.	CARACTERÍSTICAS.....	12
2.	OBJETIVO.....	12
3.	DEFINIÇÕES.....	12
4.	COBERTURAS.....	17
5.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	19
6.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.....	20
7.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO.....	21
8.	CUSTEIO DO SEGURO.....	23
9.	COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	23
10.	CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	25
11.	CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	25
12.	CAPITAL SEGURADO.....	26
13.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO.....	26
14.	TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO.....	27
15.	BENEFICIÁRIO(S).....	27
16.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	28
17.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	28
18.	PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA.....	30
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	30
20.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	32
21.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	34
22.	CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	34
23.	DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	34
24.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE.....	35
25.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO CONSIGNANTE.....	35
26.	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	36
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	37
28.	TRIBUTO.....	37
29.	PRESCRIÇÃO.....	37
30.	FORO.....	37
31.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	37
32.	LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	38
33.	EMBARGOS E SANÇÕES.....	38
	COBERTURA DE MORTE (M).....	40
1.	OBJETIVO.....	40
2.	DEFINIÇÃO.....	40
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
4.	CAPITAL SEGURADO.....	41
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	41
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	41
7.	PRÊMIO.....	42
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	42
9.	CARÊNCIA.....	42
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	42
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	43
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	45
1.	OBJETIVO.....	45
2.	DEFINIÇÃO.....	45
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
4.	CAPITAL SEGURADO.....	46
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	46
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	46
7.	PRÊMIO.....	47
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	47
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	47
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	48
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA).....	50
1.	OBJETIVO.....	50

2.	DEFINIÇÕES.....	50
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	51
4.	CAPITAL SEGURADO.....	52
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	52
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	52
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	54
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	59
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	60
10.	PRÊMIO.....	60
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	60
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	60
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	61
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	62
1.	OBJETIVO.....	62
2.	DEFINIÇÕES.....	62
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	62
4.	CAPITAL SEGURADO.....	63
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	64
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	64
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	64
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	64
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	66
10.	PRÊMIO.....	66
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	66
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	66
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	67
	COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F).....	68
1.	OBJETIVO.....	68
2.	DEFINIÇÕES.....	68
3.	RISCOS COBERTOS.....	71
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	72
5.	CAPITAL SEGURADO.....	74
6.	COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ.....	74
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	74
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	75
9.	PRÊMIO.....	75
10.	CARÊNCIA.....	75
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	75
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	75
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	76
	ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL.....	77
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD).....	79
1.	OBJETIVO.....	79
2.	DEFINIÇÕES.....	79
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
4.	CAPITAL SEGURADO.....	82
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	82
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	82
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	82
8.	PRÊMIO.....	83
9.	CARÊNCIA.....	83
10.	FRANQUIA.....	83
11.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	83
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	83
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	83
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	85
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA).....	86
1.	OBJETIVO.....	86
2.	DEFINIÇÕES.....	86
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
4.	CAPITAL SEGURADO.....	88

5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	88
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	89
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	89
8.	PRÊMIO	89
9.	FRANQUIA	89
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	89
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	90
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	90
	COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO).....	91
1.	OBJETIVO	91
2.	DEFINIÇÕES	91
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	91
4.	CAPITAL SEGURADO	92
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	93
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	93
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	93
8.	PRÊMIO	93
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	93
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	93
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	95
	COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR).....	96
1.	OBJETIVO	96
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	96
3.	CAPITAL SEGURADO	97
4.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	98
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	98
6.	PRÊMIO	98
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	98
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	98
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	99
	COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)	100
1.	OBJETIVO	100
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	100
3.	CAPITAL SEGURADO	101
4.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	101
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	102
6.	PRÊMIO	102
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	102
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	102
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	103
	COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)	104
1.	OBJETIVO	104
2.	DEFINIÇÃO	104
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	104
4.	CAPITAL SEGURADO	105
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	105
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	105
7.	PRÊMIO	105
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	106
9.	CARÊNCIA	106
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	106
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	106
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)	108
1.	OBJETIVO	108
2.	DEFINIÇÕES	108
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	109
4.	CAPITAL SEGURADO	111
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	111
6.	LIMITE DE DIÁRIAS	111
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	111
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	112
9.	PRÊMIO	112
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	112

11.	CARÊNCIA.....	112
12.	FRANQUIA.....	112
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	112
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	113
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI).....	114
1.	OBJETIVO.....	114
2.	DEFINIÇÕES.....	114
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	115
4.	CAPITAL SEGURADO.....	117
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	117
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	118
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	118
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	118
9.	PRÊMIO	118
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	118
11.	CARÊNCIA.....	118
12.	FRANQUIA.....	119
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	119
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	120
	COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)	121
1.	OBJETIVO.....	121
2.	DEFINIÇÕES.....	121
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	122
4.	CAPITAL SEGURADO.....	123
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	124
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	124
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	124
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	124
9.	PRÊMIO	124
10.	FRANQUIA.....	125
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	125
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	125
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	126
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE (DIHA-UTI).....	127
1.	OBJETIVO.....	127
2.	DEFINIÇÕES.....	127
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	129
4.	CAPITAL SEGURADO.....	131
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	131
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	132
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	132
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	132
9.	PRÊMIO	132
10.	FRANQUIA.....	132
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	132
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	132
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	133
	COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD).....	134
1.	OBJETIVO.....	134
2.	DEFINIÇÃO.....	134
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	134
4.	CAPITAL SEGURADO.....	135
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	135
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	136
7.	PRÊMIO	136
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	136
9.	CARÊNCIA.....	136
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	136
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	137
	COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)	138
1.	OBJETIVO.....	138
2.	DEFINIÇÃO.....	138
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	138

4.	CAPITAL SEGURADO.....	139
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	139
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	139
7.	PRÊMIO	140
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	140
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	140
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	141
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF).....	142
1.	OBJETIVO.....	142
2.	DEFINIÇÃO.....	142
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	142
4.	CAPITAL SEGURADO.....	143
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	143
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	144
7.	PRÊMIO	144
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	144
9.	CARÊNCIA.....	144
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	144
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	145
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA).....	146
1.	OBJETIVO.....	146
2.	DEFINIÇÃO.....	146
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	146
4.	CAPITAL SEGURADO.....	147
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	147
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	148
7.	PRÊMIO	148
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	148
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	148
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	149
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF).....	150
1.	OBJETIVO.....	150
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	150
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	151
4.	CAPITAL SEGURADO.....	152
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	153
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	153
7.	PRÊMIO	153
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	153
9.	CARÊNCIA.....	153
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	153
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	155
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)	156
1.	OBJETIVO.....	156
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	157
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	157
4.	CAPITAL SEGURADO.....	159
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	159
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	159
7.	PRÊMIO	159
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	159
9.	CARÊNCIA.....	159
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	160
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	161
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA).....	162
1.	OBJETIVO.....	162
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	162
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	163
4.	CAPITAL SEGURADO.....	164
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	164
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	165
7.	PRÊMIO	165
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	165

9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	165
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	166
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA)	167
1.	OBJETIVO	167
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	168
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	168
4.	CAPITAL SEGURADO	170
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	170
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	170
7.	PRÊMIO	170
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	170
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	170
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	172
	COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)	173
1.	OBJETIVO	173
2.	DEFINIÇÃO	173
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	173
4.	CAPITAL SEGURADO	175
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	175
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	175
7.	PRÊMIO	175
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	176
9.	CARÊNCIA	176
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	176
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	176
12.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	176
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	177
	COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI)	179
1.	OBJETIVO	179
2.	DEFINIÇÃO	179
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	179
4.	CAPITAL SEGURADO	180
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	180
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	181
7.	PRÊMIO	181
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	181
9.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	181
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	182
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	182
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	183
	COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	184
1.	OBJETIVO	184
2.	ELEGIBILIDADE	184
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	184
4.	CAPITAL SEGURADO	185
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	185
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	185
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	186
8.	CARÊNCIA	186
9.	FRANQUIA	186
10.	PRÊMIO	186
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	186
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	186
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	187
	COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	188
1.	OBJETIVO	188
2.	ELEGIBILIDADE	188
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	188
4.	CAPITAL SEGURADO	191
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	191
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	191
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	191

8.	PRÊMIO	191
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	191
10.	CARÊNCIA	191
11.	FRANQUIA	192
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	192
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	192
	COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)	193
1.	OBJETIVO	193
2.	ELEGIBILIDADE	193
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	193
4.	CAPITAL SEGURADO	195
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	196
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	196
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	196
8.	PRÊMIO	196
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	196
10.	CARÊNCIA	196
11.	FRANQUIA	197
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	197
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	197
	COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)	199
1.	OBJETIVO	199
2.	DEFINIÇÃO	199
3.	PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL	199
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	199
5.	CAPITAL SEGURADO	200
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	200
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	200
8.	PRÊMIO	201
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	201
10.	CARÊNCIA	201
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	201
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	202
	COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	203
1.	OBJETIVO	203
2.	FRANQUIA	204
3.	CARÊNCIA	204
4.	DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS	205
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	212
6.	CAPITAL SEGURADO	215
7.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	215
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	215
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	216
10.	PRÊMIO	216
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	216
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	217
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	221
	COBERTURA DE AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E)	222
1.	OBJETIVO	222
2.	DEFINIÇÃO	222
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	222
4.	CAPITAL SEGURADO	223
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	223
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	223
7.	PRÊMIO	224
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	224
9.	CARÊNCIA	224
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	224
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	224
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	225
1.	OBJETIVO	225

2.	DEFINIÇÃO.....	225
3.	COBERTURAS.....	225
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	225
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	226
6.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO.....	226
7.	CAPITAL SEGURADO.....	226
8.	BENEFICIÁRIO(S).....	226
9.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	227
10.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	227
11.	PRÊMIO.....	227
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	227
13.	CARÊNCIA.....	228
14.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	228
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	228
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF).....	229
1.	OBJETIVO.....	229
2.	DEFINIÇÃO.....	229
3.	COBERTURAS.....	229
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	230
5.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO.....	230
6.	CAPITAL SEGURADO.....	230
7.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO.....	230
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	231
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	231
10.	PRÊMIO.....	231
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	231
12.	CARÊNCIA.....	231
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	232
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	232
	COBERTURA DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO DE CARRO OU IMÓVEL POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	233
1.	OBJETIVO.....	233
2.	DEFINIÇÕES.....	233
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	234
4.	CAPITAL SEGURADO.....	235
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	235
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	235
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	237
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	242
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	243
10.	PRÊMIO.....	243
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	243
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	243
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	244
	COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS (FP).....	245
1.	OBJETIVO.....	245
2.	DEFINIÇÕES.....	245
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	245
4.	CAPITAL SEGURADO.....	245
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA.....	246
6.	CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA.....	246
7.	PRÊMIO.....	246
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	246
9.	CARÊNCIA.....	246
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	247
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	247
	COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - PROFISSIONAL (IPD-P).....	248
1.	COBERTURA.....	248
2.	CONCEITO INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL.....	248
3.	GARANTIA.....	249

4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	250
5.	CAPITAL SEGURADO	251
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	251
7.	CARÊNCIA.....	251
8.	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO.....	252
9.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	252
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	252
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL A TRABALHO (MA-T).....	254
1.	OBJETIVO.....	254
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	254
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	254
4.	CAPITAL SEGURADO	255
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	255
6.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS	255
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	256
8.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	257
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	257
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME (MA-VC).....	258
1.	OBJETIVO.....	258
2.	CONCEITO DE CRIME	258
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	258
4.	CAPITAL SEGURADO.....	258
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	258
6.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS	258
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	260
8.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	260
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	260
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE A TRABALHO (IPA-T).....	261
1.	OBJETIVO.....	261
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	266
3.	CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	267
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	268
5.	CAPITAL SEGURADO.....	269
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	269
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	269
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	269
9.	OCORRÊNCIA DE ACIDENTE	269
11.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	270
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	270
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME (IPA-VC).....	272
1.	OBJETIVO.....	272
2.	CONCEITO DE CRIME	277
3.	CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	277
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	279
5.	CAPITAL SEGURADO.....	279
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	279
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	279
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	279
9.	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO.....	279
10.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	281
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	281
	COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE (AN).....	281
1.	OBJETIVO.....	281
2.	DEFINIÇÃO	282
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	282
4.	CAPITAL SEGURADO	282
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	283
6.	CESSAÇÃO DE COBERTURA.....	283
7.	PRÊMIO.....	283
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	283
9.	CARÊNCIA.....	283
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	283
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	284

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - VIDA

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas Coletivo - Vida, descrito nestas Condições Gerais, Condições Especiais e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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, e ainda:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções,

estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

3.3 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

3.4 Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

3.5 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.6 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

3.7 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.8 Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

3.9 Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital

segurado ou prêmio.

3.10 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

3.11 Condições Especiais: é o conjunto de disposições que regem especificamente cada uma das Coberturas disponíveis, passando a ser parte integrante do seguro, quando contratada.

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

3.13 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.14 Coberturas de Risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

3.15 Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

3.16 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

3.17 Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

3.18 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.

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

3.20 Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

3.21 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.

3.22 Coberturas: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.

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

3.24 Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.25 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.

3.26 Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

3.27 Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

3.28 Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

3.29 Passageiro: é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em vôos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.

3.30 Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

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

3.32 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais,

recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

3.33 Prêmio Individual: é o valor devido pelo Segurado à Seguradora, nos seguros em que inexistente Vínculo prévio ao seguro entre Segurado e Estipulante.

3.34 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.

3.35 Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

3.36 Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.37 Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.38 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.39 Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.40 Segurado Dependente: é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.

3.41 Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros 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.

3.42 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3.43 Vínculo: é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

4. COBERTURAS

4.1 As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.

4.1.1 Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as Coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

- a) Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA);
- c) Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente (VRA);
- d) Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
- e) Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI) e Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI);
- f) Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
- g) Auxílio Funeral (AUXF) e Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA);
- h) Assistência Funeral (AF), Assistência Funeral Familiar (AFF), Assistência Funeral por Acidente (AFA) e Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA);
- i) Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) e Doença Terminal (DT);
- j) Doenças Graves;
- k) Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (Aux-B/E/E)

COBERTURAS PASSÍVEIS DE CONTRATAÇÃO
Morte (M)
Morte Acidental (MA)

Morte Acidental a Trabalho (MA-T)
Morte Acidental Vitima Crime (MA-VC)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente por Acidente a Trabalho (IPA-T)
Invalidez Permanente por Acidente Vitima de Crime (IPA-VC)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Invalidez por Doença – Profissional (IPD-P)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente(DMHO)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)
Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral Familiar (AFF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA)
Cesta Básica por Morte (CBM)
Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI)
Desemprego Involuntário (DI)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT)
Doença Terminal (DT)
Auxílio Natalidade
Doenças Graves (DG)
Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (Aux-B/E/E)
Auxílio Adaptação de Carro ou Imóvel por Invalidez Permanente por Acidente
Filhos Póstumos (FP)

4.1.2 A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Certificado Individual do Seguro.

4.2 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Coberturas suplementares:

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

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1 Vigência e Renovação da Apólice

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

5.1.2 O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

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

5.1.4 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

5.1.5 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

5.1.6 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 pelo Estipulante, exclusivamente.

5.1.7 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.

5.1.8 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

5.1.9 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso no item 3.29.

5.2 Vigência dos Certificados Individuais

- 5.2.1 Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e enviar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
- 5.2.2 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.
- 5.2.3 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 5.2.4 Caso haja pagamento de valor no ato da apresentação da proposta, esse valor garante apenas uma cobertura provisória. Se a proposta for recusada após análise, o valor pago será restituído ao Estipulante/Segurado, deduzindo-se apenas a fração correspondente ao período durante o qual o risco esteve garantido provisoriamente, sem qualquer obrigação futura entre as partes. Se a proposta for aprovada, o valor será convertido em prêmio, dando início à cobertura definitiva conforme as condições da apólice.
- 5.2.5 Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

- 6.1 O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 6.2 No caso das propostas de que trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.
- 6.3 As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão a Contrato ou Proposta de Contratação.
- 6.4 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 6.5 A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos

complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

6.6 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, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

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

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

7.1 As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

7.2 A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão assinada pelo proponente. No caso das propostas de que trata o item, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

7.2.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Caso haja valor pago no ato da proposta, ele garante apenas cobertura provisória. Se a proposta for recusada após análise, o valor pago será restituído ao Estipulante/Segurado, deduzindo-se apenas a fração correspondente ao período durante o qual o risco esteve garantido provisoriamente, sem qualquer obrigação futura entre as partes. Se a proposta for aprovada, o valor será convertido em prêmio, dando início à cobertura definitiva conforme as condições da apólice.

7.3 A Seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir do recebimento da proposta de contratação e de toda a documentação necessária, para analisar e se manifestar sobre a aceitação ou recusa do risco proposto.

7.3.1 Caso sejam solicitados documentos ou informações complementares para análise de risco, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido a partir da data da solicitação e reiniciado do zero a partir da data da entrega dos novos documentos. Não há limitação legal quanto ao número de vezes que documentos complementares podem ser solicitados na análise de risco. A aceitação da proposta será confirmada mediante a emissão da apólice.

7.3.2 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

7.3.3 Decorrido o prazo estipulado **no item 7.3** sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

7.3.4 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

7.3.5 A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

7.4 O segurado deve comunicar à Zurich, assim que tomar conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto pelo seguro.

7.4.1 Após receber o aviso de agravamento do risco, a Zurich poderá, em até 15 (quinze) dias, informar ao segurado sobre a cobrança de eventual diferença de prêmio. Caso não haja pagamento da diferença, as garantias poderão ser suspensas conforme estas Condições Gerais.

7.4.2 O cancelamento do seguro por agravamento do risco só será possível em caso de má-fé ou descumprimento doloso da obrigação de comunicação, sendo o segurado previamente notificado. O cancelamento será efetivo 30 (trinta) dias após a notificação.

Observação: Se o risco agravado corresponder a um risco já excluído e vedado pela Zurich no momento da contratação, permanece excluído durante toda a vigência do seguro. Não será possível cobrar diferença de prêmio ou alterar as condições para incluir tal risco.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) **não contributário:** aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) **contributário:** aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

9.1.1 Os prêmios poderão ser pagos anualmente, semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente ou mensalmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

9.2 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.

9.3 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

9.3.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura do Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

9.4 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 for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

9.6 Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título

de pró-labore, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

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

9.7.1 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).

9.8 Em caso de atraso no pagamento da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o segurado será previamente notificado para regularizar o débito após 15 (quinze) dias do vencimento. Persistindo a inadimplência após o prazo de notificação e constituição em mora, o seguro será cancelado, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento, conforme legislação vigente.

9.8.1 Em caso de não pagamento da segunda parcela do prêmio, ou de quaisquer parcelas subsequentes, dentro do prazo estipulado, o Estipulante será notificado para purgação da mora, com prazo mínimo de 15 (quinze) dias. Após esse período, persistindo a inadimplência, a cobertura do seguro será suspensa pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias. Persistindo o débito, haverá reforço da comunicação após 45 (quarenta e cinco) dias do vencimento da parcela mais antiga em atraso. Se o débito não for regularizado até 60 (sessenta) dias após o vencimento da parcela mais antiga em atraso, a apólice será cancelada automaticamente por falta de pagamento, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento.

9.9 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.

9.10 De acordo com as características deste seguro, não há previsão de devolução ou resgate de prêmio ao Estipulante, exceto nos casos de suicídio ou tentativa de suicídio ocorridos nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses da vigência inicial do seguro. Nesses casos, será devolvido ao beneficiário o valor do prêmio puro pago, referente ao período de risco a decorrer a partir da

data do evento.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE

10.1 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 quarto) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, o Certificado Individual será Cancelado.
- e) na hipótese de pessoas jurídicas, 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.

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

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

10.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1 A cobertura de cada Segurado cessa:

11.1.1 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 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, 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.

11.1.2 Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais.

11.1.3 Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

- a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 11.1.1 e 11.1.2 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.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1 O Capital Segurado de cada Cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1 Os Prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) e será aplicado somente para as novas vendas. Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.

13.1.1 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de Índice de Preços ao Consumidor Amplo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IPCA), ou o índice que vier a substituí-lo, caso não esteja previsto nas condições gerais ou contratuais.

13.2 Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 13.1 acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.

13.3 Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

14.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

14.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas 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.

14.3 As modificações previstas no item 14.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

15. BENEFICIÁRIO(S)

15.1 Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

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

15.2 A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a Cobertura de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

15.3 Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

16.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

16.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

16.3 Este seguro não cobre despesas de contenção ou salvamento, mesmo que realizadas para evitar a ocorrência de sinistro ou para reduzir seus efeitos, ainda que tais medidas sejam tomadas em emergências ou por terceiros. Também não estão cobertas despesas com prevenção ordinária, manutenção, reparos preventivos ou qualquer outro tipo de medida similar. Caso o segurado realize qualquer despesa com contenção ou salvamento, não haverá direito a reembolso, independentemente do valor ou do resultado das ações adotadas.

17. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

17.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

17.2 As despesas efetuadas com a comprovação 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.

17.3 A Zurich terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência de cobertura para o sinistro, contado do recebimento do aviso de sinistro acompanhado de todos os documentos necessários.

17.3.1 O prazo para regulação do sinistro é de até 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento dos documentos necessários pela seguradora.

a) Para sinistros de até 500 (quinhentos) salários mínimos, esse prazo poderá ser suspenso apenas uma vez, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.

b) *Para sinistros superiores a 500 (quinhentos) salários mínimos, o prazo de regulação poderá ser suspenso até duas vezes, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.*

c) O prazo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contado a partir da conclusão da regulação do sinistro.

17.3.2 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

17.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

17.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

17.6 A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

17.6.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada 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, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

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

17.7.2 *Havendo dúvida quanto a critérios, fórmulas de cálculo ou apuração de valores indenizáveis, prevalecerá o critério mais favorável ao Segurado ou Beneficiário, respeitado o princípio da vedação ao enriquecimento sem causa.*

17.8 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

17.9 Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

17.10 Em caso de recusa total ou parcial de cobertura, a Seguradora disponibilizará ao interessado os documentos obtidos ou produzidos na regulação que fundamentaram a decisão.

17.11 Não serão entregues documentos sigilosos, legalmente protegidos ou que possam causar prejuízo a terceiros, exceto mediante ordem judicial ou decisão arbitral.

18. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

18.2 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.

18.2.1 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.

18.2.2 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.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 Em conformidade com a legislação vigente, distinguem-se as consequências conforme a intenção do Estipulante / Segurado ao prestar informações:

19.1.1. Descumprimento doloso (intencional):

Se o Estipulante/Segurado, por si ou por seu representante, omitir intencionalmente informação relevante, como uma doença grave, com o objetivo de obter vantagem no seguro, perderá o direito à indenização. Ainda assim, deverá pagar o prêmio vencido e ressarcir eventuais

despesas da Seguradora.

19.1.2. Descumprimento culposo (sem intenção):

Caso a omissão ou inexatidão seja sem intenção de enganar, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido, considerando-se o novo risco informado.

19.1.3. Garantia tecnicamente impossível ou risco não aceito:

Se, após a revelação de uma omissão, constatar-se que o risco é tecnicamente impossível de ser segurado, ou não é normalmente aceito pela Zurich, o contrato será extinto, e o Estipulante deverá ressarcir eventuais despesas feitas pela seguradora.

19.1.4. Mensagem ao cliente:

Esta regra protege tanto o Segurado quanto a Zurich, incentivando a transparência e a verdade na contratação. Informações corretas garantem uma cobertura adequada e evitam problemas futuros. Sempre responda de forma clara e completa ao questionário da Zurich.

19.2 A provocação dolosa de sinistro pelo Segurado acarretará a perda definitiva do direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo exigível o prêmio contratado e configurada a obrigação de ressarcir gastos suportados pela Seguradora.

19.3. A fraude cometida durante o processo de reclamação ou regulação do sinistro implicará perda integral da garantia, liberando a Seguradora do pagamento.

19.4. Ocorrendo participação consciente do Segurado ou Beneficiário em prática delituosa associada ao sinistro, e não havendo tentativa de evitá-la, aplicar-se-á integralmente a perda do direito conforme item 19.2

19.5. Nos seguros de pessoas, caso o sinistro seja dolosamente provocado pelo Beneficiário, a indenização será paga ao Segurado ou a seus herdeiros, conforme legislação vigente.

19.6 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

19.7 Sem prejuízo do previsto nos itens 7.4, 7.4.1 e 7.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

19.7.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

19.7.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

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

19.7.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

19.8 O Segurado perderá 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) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

19.9 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

20.1. Esta Cláusula poderá ser contratada opcionalmente e deverá estar prevista em Contrato.

20.2. Para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.

20.3. Apuração do Resultado

20.3.1. A periodicidade da apuração será definida em contrato, podendo

ser anual, semestral ou plurianual.

20.2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
- b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

20.2.3. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro;
- e) valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;
- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

20.2.4. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

20.2.5. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 20.2.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 20.2.3 (d) referentes ao período de apuração.

20.2.6. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

20.2.7. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

21. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

21.3.1 O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

21.3.2 As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

- a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

22. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

22.4.1 A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

22.4.2 Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 20.1.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

22.4.3 Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

22.4.4 Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

23. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

23.5.1 Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

23.5.2 Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

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 E DO CONSIGNANTE

25.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante e do Consignante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

- h) 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;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) O Estipulante e o Segurado devem informar à Seguradora qualquer mudança de endereço ou na condição do risco segurado;

Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízos aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

25.2 A prescrição de pretensão relacionada ao recebimento de indenização será suspensa uma única vez, com a apresentação formal do pedido de reconsideração do sinistro negado.

25.3. A suspensão cessará na data em que o interessado for comunicado da decisão final.

26. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

O responsável garantido pelo seguro que não colaborar com a seguradora ou praticar atos em detrimento dela responderá pelos prejuízos a que der causa, cabendo-lhe:

- I – informar prontamente a seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;
- II – fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela seguradora;
- III – comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;
- IV – abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da seguradora.

26.1 Quando a pretensão do prejudicado for exercida exclusivamente contra o segurado, este será obrigado a cientificar a seguradora, tão logo seja citado para responder à demanda, e a disponibilizar os elementos necessários para o conhecimento do processo.

26.2 O segurado poderá chamar a seguradora a integrar o processo, na condição de litisconsorte, sem responsabilidade solidária.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1 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.

28. TRIBUTO

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

29. PRESCRIÇÃO

29.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei:

I – em 1 (um) ano, contado da ciência do respectivo fato gerador:

- a) a pretensão da seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o segurado e o estipulante do seguro;
- b) a pretensão dos intervenientes corretores de seguro, agentes ou representantes de seguro e estipulantes para a cobrança de suas remunerações;
- c) as pretensões das cosseguradoras entre si;
- d) as pretensões entre seguradoras, resseguradoras e retrocessionárias;

II – em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;

III – em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

29.2. A prescrição de pretensão relacionada ao recebimento de indenização será suspensão uma única vez, com a apresentação formal do pedido de reconsideração do sinistro negado.

29.3. A suspensão cessará na data em que o interessado for comunicado da decisão final.

30. FORO

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

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

31.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

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

31.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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

31.5 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

32. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

32.1 O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o **fim único** da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

32.2 O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

32.3 O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com

32.4 A SEGURADORA **garante e assume** o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>

33. EMBARGOS E SANÇÕES

33.1 Exclusão de Sanções: Não obstante quaisquer outros termos deste instrumento, a Seguradora não será considerada como tendo fornecido cobertura e não será responsável pelo pagamento de qualquer sinistro ou benefício aqui previsto, na medida em que o fornecimento de tal cobertura, o pagamento de tal sinistro ou o fornecimento de tal benefício exponha a Seguradora, sua controladora ou sua entidade controladora final a qualquer sanção, proibição ou restrição prevista em resoluções das Nações Unidas ou em sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido, da Suíça, dos Estados Unidos da América ou qualquer outra lei ou regulamento aplicável a sanções comerciais ou econômicas.

33.2 Exclusão Territorial: Este instrumento não cobrirá quaisquer perdas, lesões, danos ou responsabilidades legais decorrentes direta ou indiretamente de viagens planejadas ou realizadas em determinados países. A lista completa de países com restrição será publicada em canais oficiais disponibilizados aos usuários segurados e no site oficial da Seguradora, sendo certo que a lista de países com restrição considerada para esse efeito desta exclusão territorial deverá considerar a data da ocorrência do sinistro e não somente da contratação, ainda que no momento da contratação do seguro determinado país poderia não estar na lista de países com restrição e de exclusão territorial.

COBERTURA DE MORTE (M)

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**, 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) 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;
- l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- m) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente

anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

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 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**, 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura quando contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as Coberturas da Cobertura de Morte e Cobertura de Morte Acidental se acumulam.

10.2 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 Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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 Clausula**, 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, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - 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;
 - n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - q) Acidente ou lesões decorrentes de acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
 - r) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - s) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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 de invalidez permanente parcial, 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 morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se

contratada esta cobertura.

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
	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

S	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	
	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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se

- tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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** prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme **item 7 desta Clausula**, 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 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.
- 2.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.
- 2.4.1 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem

- como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - 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;
 - n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais 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.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 Não há reintegração do Capital Segurado, após ocorrência de um Evento Coberto.

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 morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

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. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de

Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 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. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2 **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a 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 a 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 Federal 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.
- 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 genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21 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 Hígidez:** 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 Autônomicas 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.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- i) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- j) doenças agravadas por traumatismos;
- k) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
- l) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas, orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- m) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 5.2** Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.
- 5.3** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta Cobertura. 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.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 6.1** As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.
- 6.2** 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.
- 6.3** 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. CARÊNCIA

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

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” ou “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;

- cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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 morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 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 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 Incapacidade causada 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 a partir do primeiro dia após 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Incapacidade:** é a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado 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 conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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
- d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização masculina e feminina;
 - i) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
 - j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
 - m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - n) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, diabetes, glaucoma, aterosclerose arterial de qualquer ordem, aneurismas, doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;
 - o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
 - p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - q) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

- r) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) 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;
- t) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- u) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- v) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- w) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- x) Entesopatia;
- y) Entorses, distensões, contusões;
- z) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- aa) Fraturas patológicas;
- bb) Lesões Infra-articulares de joelho;
- cc) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- dd) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- ee) Síndromes compressivas nervosas;
- ff) Diálises e hemodiálises;
- gg) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;
- hh) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências não decorrentes de acidentes;
- ii) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- jj) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- kk) doenças mentais ou psiquiátricas;
- ll) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- mm) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;

- oo) Atos contrários a Lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
 - 4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

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.
- 5.2. 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 7.1.1. Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

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

9. CARÊNCIA

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

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

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

11.1. 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.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

- 13.2.** O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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 Incapacidade causada 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 a partir do primeiro dia após 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 **Incapacidade:** é a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado 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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
- i) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- 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) Acidente Vascular Cerebral;
- n) 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;
- o) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- p) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- q) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- r) Entesopatia;
- s) Entorses, distensões, contusões;
- t) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- u) Fraturas patológicas;
- v) Lesões-infra-articulares de joelho;
- w) Lesões que não exijam atendimento médico;
- x) Luxação do ombro (acrômico-clavicular ou gleno umeral);
- y) Síndromes compreensivas nervosas;
- z) Danos estéticos;

- aa) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;
- bb) Estados de convalescência (após alta médica) e as despesas de acompanhante;
- cc) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- dd) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- ee) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- ff) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- gg) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- hh) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- ii) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- jj) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

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.

5.2 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

LIMITE DE DIÁRIAS

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1 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.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

12.2O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

12.3Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1Esta 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 Contratuais.**
- 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 o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.
- 1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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.
- n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) estados de convalescença (após alta médica hospitalar e/ou odontológica) e as despesas de acompanhantes;
- p) 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;
- q) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
- r) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
- s) Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

10.2 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.

10.3 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.

10.4 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- 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. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta

- de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 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 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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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;
 - d) suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) 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;
- i) Doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

2.1.1 Na hipótese de contratação da Cobertura de Verbas Rescisórias conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- d) Acidente Vascular Cerebral;
- e) 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;
- f) Doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado

no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

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

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) **Morte decorrente de doença**

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 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 Contratuais.**

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, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, 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;
- o) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- p) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- q) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

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

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente

assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** 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 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 Contratuais.**
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Doença Congênita:** é a moléstia inata desenvolvida por filho do Segurado, desde que ocasione incapacidade que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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;
 - d) suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) doenças infecto-contagiosas transmitidas de mãe para filho;
- i) Doenças decorrentes de complicações do parto ou aborto;
- j) Se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar a seguradora.

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 será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- relatório médico e resultados de exames complementares que comprovem o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do segurado, 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.

Nota Explicativa:

- Cobertura exclusiva para hospitalizações emergenciais, não eletivas, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial.
- Mesmos eventos com intervalo inferior a 12 (doze) meses são considerados o mesmo.
- Em caso de falecimento durante o período de internação, as diárias devidas serão pagas aos beneficiários.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;

- f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
- h) “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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
- d) suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- j) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- k) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- l) cirurgias plásticas estéticas;
- m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- o) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;
- p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, 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;
- q) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- r) internações domiciliares (home-care);
- s) internação em clinicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- t) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- u) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- v) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- w) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- x) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida

habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
y) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

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.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

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

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

11.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1 A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação, respeitadas as demais disposições contratuais.

13.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por

cento) aos herdeiros do Segurado.

13.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- 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 enfermagem e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 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 POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, 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. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) se acumulam, se contratadas ambas Coberturas.
- 1.4. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais.
- 1.5. A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.

Nota explicativa:

- Cobertura para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser acumulada à DIHAD, se ambas contratadas.
- Exige permanência mínima de 12 (doze) horas em UTI, com pagamento somente após alta médica.
- O tratamento deve ser devidamente justificado em laudo médico.
- Não cobre internações por senilidade, doenças mentais ou infecções oportunistas (SIDA/AIDS).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito

indicado no item “Definições” 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) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - h) “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. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
- 2.5. Limite Máximo de Diárias em UTI Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado em UTI por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.
- 2.6. Período de Hospitalização em UTI Indenizável:** é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao período em que o Segurado permanecer hospitalizado em UTI.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;
- b) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) 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;
- e) suicídio 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 aumentado;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- i) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;
- j) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- k) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- m) cirurgias plásticas estéticas;
- n) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- o) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- p) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;

- q) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, 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;
- r) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- s) internações domiciliares (home-care);
- t) internação em clinicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- u) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substancia que cause dependência psicotrópica;
- v) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- w) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- x) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- y) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- z) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização em UTI Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a saída do paciente da UTI, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização em UTI.

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.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

- 6.1. 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 8.1.1. Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

- 11.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período

de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

11.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar em UTI.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1. A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação em UTI, respeitadas as demais disposições contratuais.

13.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- 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;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente

anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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 do segurado, em caso de sua hospitalização 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 “DEFINIÇÕES” 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 Acidente Pessoal, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - 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.
 - n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo

Ministério da Saúde;

- o) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- q) cirurgias plásticas estéticas;
- r) 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; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- s) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- t) Internações domiciliares (home-care);
- u) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- v) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- w) Danos estéticos;
- x) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;
- y) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- z) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- aa) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- bb) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- cc) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- dd) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ee) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- ff) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

- 10.1** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 11.1** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 12.1** A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação, respeitadas as demais disposições contratuais.

- 12.2** Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

- 12.3** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados.

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- 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;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de

- Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1** 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 POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE (DIHA-UTI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, 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.
- 1.1. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 1.2. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) se acumulam, se contratadas ambas Coberturas.
- 1.3. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais.
- 1.4. A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.

Nota explicativa:

- Cobertura para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser acumulada à DIHAD, se ambas contratadas.
- Exige permanência mínima de 12 (doze) horas em UTI, com pagamento somente após alta médica.
- O tratamento deve ser devidamente justificado em laudo médico.
- Não cobre internações por senilidade, doenças mentais ou infecções oportunistas (SIDA/AIDS).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
- 2.5. Limite Máximo de Diárias em UTI Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado em UTI por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.
- 2.6. Período de Hospitalização em UTI Indenizável:** é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao período em que o Segurado permanecer hospitalizado em UTI.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;
 - b) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - c) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - d) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - e) suicídio 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 aumentado;

- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- 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) Acidente Vascular Cerebral;
- n) 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.
- o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- p) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- r) cirurgias plásticas estéticas;
- s) 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; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- t) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- u) Internações domiciliares (home-care);
- v) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- w) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- x) Danos estéticos;
- y) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;

- z) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- aa) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- bb) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- cc) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- dd) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- ee) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ff) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- gg) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
 - 4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização em UTI Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 4.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a saída do paciente da UTI, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

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.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital

para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

- 6.1. 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

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

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar em UTI.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 12.1. A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação em UTI, respeitadas as demais disposições contratuais.

- 12.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.
- 12.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
 - 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 enfermagem e UTI;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - cópia do resultado de exames complementares realizados;
 - cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. 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 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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;
 - d) suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente.

3.2 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Despesas Diversas conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental, Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- d) Acidente Vascular Cerebral;
- e) 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;
- f) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- g) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas

Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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 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 Contratuais.
- 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se

de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 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 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.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Para fins desta cláusula não haverá adiantamento do Capital Segurado.
- 1.5 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 Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) 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;
- d) suicídio 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
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- k) 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 a pessoa em perigo;
- l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato médico de urgência;
- m) doenças, acidentes ou lesões preexistentes à inclusão do segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas

Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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 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 Contratuais.**
- 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.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Para fins desta cláusula não haverá adiantamento do Capital Segurado.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado,

quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 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 Esta Cobertura garante os seguintes itens:
- a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.3 O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por

meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

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 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou proposta de adesão;
- g) Suicídio 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 aumentado.

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido

contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

- 7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

- 9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 10.1 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.
- 10.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.
- 10.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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 DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)

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 ou de seus familiares, 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. Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.3. Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.4. O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.
 - 2.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 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. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem

- pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - f) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou proposta de adesão;
 - g) Suicídio 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 aumentado.

3.1.1. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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) cruzes;
- 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;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado Principal ou de seu familiar.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 6.1.1. Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
 - c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. 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.

10.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

10.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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 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 Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.3 O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

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 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- e) Suicídio 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 aumentado.

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 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.

9.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

9.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas

Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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 ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA)

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 ou de seus familiares, **em caso exclusivamente de Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.3. Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.4. O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.
 - 2.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 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. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem

- pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - e) Suicídio 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 aumentado.

3.1.1. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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) necrologia;
- 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;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 6.1.1. Para o Segurado:
 - d) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - e) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
 - f) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1. 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.

9.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se

houver.

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 CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, em decorrência de morte do segurado, 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.
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracteriza a Cobertura de Morte.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) 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;
 - d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) 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;
- l) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- m) Doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

3.2 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental e/ou da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

- d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- e) Acidente Vascular Cerebral;
- f) 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;
- g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- h) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3.3 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental com a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 3.1 e 3.2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

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

10.1 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.

10.1.1 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.

10.2A 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.

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

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

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

11.1 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.

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

12. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO

EM ESPÉCIE

12.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, em decorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, 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.
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracteriza a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético;

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

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

9.1. 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.

9.1.1. 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.

9.2. 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.

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

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

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

10.1. 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.

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

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

11.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

Invalidez Permanente Total por Acidente

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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 DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

- 2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) pedido de demissão pelo empregado;
 - b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
 - c) acordo entre empregado e empregador;
 - d) dispensa do empregado por justa causa;
 - e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;

- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
- i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- k) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira Profissional;
- l) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- m) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- n) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.
- o) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

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, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Clausula abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e

qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)

- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS).

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. 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 INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal regulamentado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

Note explicativa:

- Esta cobertura é exclusiva para profissionais autônomos e liberais regulamentados e limitada à profissão ou ocupação exercida durante o tratamento médico.
- Um novo evento só pode ser indenizado após 6 (seis) meses do anterior. Afastamentos com intervalo inferior a 90 (noventa) dias são considerados o mesmo evento.
- Para análise do sinistro, é indispensável apresentar comprovantes de renda (INSS, RPA, Carnê-Leão ou declaração de imposto de renda) e documentos fiscais/contábeis dos 3 (três) meses anteriores ao afastamento.
- O capital segurado corresponde ao valor de uma parcela mensal, limitado à quantidade máxima contratada.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o 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 aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização feminina e masculina;
- i) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- j) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) Doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Doenças crônicas : degenrativas de sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda;

- o) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- q) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) 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.
- t) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- u) Entesopatia;
- v) Entorses, distensões, contusões;
- w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- x) Fraturas patológicas;
- y) Lesões Infra-articulares de joelho;
- z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- bb) Síndromes compressivas nervosas;
- cc) Diálises e hemodiálises;
- dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;
- ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que, não decorrentes de acidentes pessoais;
- ff) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- kk) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

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, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

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

8. PRÊMIO

- 8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

- 10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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, tem função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização complementar, pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado com vínculo empregatício e registro em Carteira de Trabalho.

2.1.1. Após um evento de Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

- 2.2. Retornando às suas atividades laborativas, o segurado não poderá usufruir novamente do benefício desta Cobertura em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data de seu retorno do último afastamento.

- 2.3. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa seja a mesma, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem

- pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
 - i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
 - j) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
 - k) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - m) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - n) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - o) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - p) Doenças crônicas : degenerativas de sistema músculo-esquelético ; sistema nervoso, diabetes ; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem ; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda ;
 - q) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

- r) pratica de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- s) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- t) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- u) 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;
- v) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- w) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescrito por médico, em decorrência de risco coberto;
- x) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto tratamento clínico ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
- y) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- z) doenças mentais ou psiquiátricas;
- aa) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo conselho federal de medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- bb) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- cc) procedimentos não previsto no código brasileiro de ética médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- dd) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado

de toda e qualquer atividade laborativa, devidamente comprovada.

4.3. Em períodos inferiores a 30 (trinta) dias, além da franquia estabelecida no item 11. desta Cobertura, a indenização será paga de forma proporcional ao número de dias de afastamento.

4.4. O período máximo de recebimento deste auxílio será estabelecido contratualmente.

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, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

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

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do afastamento temporário do Segurado, que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa, comprovada mediante relatório médico.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do Segurado;
- Comprovante de pagamento do prêmio;
- Cópias autenticadas do Laudo Médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento de Auxílio-Doença.

12.2. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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, tem 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.**

1.1.1. 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 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.

3. PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se “paciente em estágio terminal” o portador de Doença em Estágio Terminal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) 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;
- d) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- f) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- g) doenças agravadas por traumatismos;
- h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
- i) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos;
- j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- k) Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela seguradora.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) quando o Segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente.
- d) Por ser essa Cobertura uma antecipação da Cobertura de morte, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura extingue imediata e automaticamente a Cobertura para o caso de Morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos, atualizados monetariamente

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo próprio Segurado ou seu representante;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- 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.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** 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.
- 12.2.** 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 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 de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas Condições Gerais e/ou especiais do plano de seguro, **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 e/ou nas Condições Especiais, 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. Somente terá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico da(s) Doença(s) Grave(s) contratada(s), e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.

Nota Explicativa:

AVC: cobertura apenas para casos com sequelas neurológicas definitivas. Não estão cobertos: AVC isquêmico transitório, infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico ou distúrbios cognitivos isolados.

- Cirurgia de Aorta: apenas com abertura do tórax ou abdômen e implantação de material sintético.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: apenas por cirurgia aberta (by-pass); não cobre angioplastia ou toracotomia mínima.
- Troca de válvula cardíaca: apenas com cirurgia aberta, para válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar.
- Alzheimer e Parkinson: cobertura até 65 (sessenta e cinco) anos, apenas em quadros avançados, com necessidade de curador definitivo ou perda da capacidade para ao menos três atividades da vida diária. O diagnóstico inicial não garante indenização.
- Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo, sintomas típicos, mínimo de

dois surtos (intervalo de um mês) ou um surto com internação/terapia, e comprovação laboratorial.

- Infarto Agudo do Miocárdio: exige necrose comprovada do músculo cardíaco, histórico de dores típicas, alterações no ECG e elevação de marcadores cardíacos.
- Insuficiência Renal Terminal: perda irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise ou transplante.
- Paralisia: cobertura para perda irreversível da função motora de dois ou mais membros, exclusivamente por lesão medular.
- Transplante de órgão: cobre transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.
- Tumor cerebral benigno: cobertura apenas para casos cirúrgicos ou inoperáveis, desde que haja sequelas neurológicas permanentes.
- Câncer: cobre neoplasia maligna invasiva, leucemia e doenças malignas do sistema linfático (Doença de Hodgkin). Não cobre tumores in situ, lesões pré-malignas, NIC, displasia do cólon uterino e câncer de pele não melanoma invasivo.
- Câncer feminino: cobre neoplasia de mama, útero e ovário.

2. FRANQUIA

- 2.1. O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito às garantias desta Cobertura na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

3. CARÊNCIA

- 3.1. As coberturas de Doenças Graves estão sujeitas a carências, contadas a partir do início de vigência do risco individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 3.2. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.
- 3.3. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 3.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o

período de carência.

3.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

3.6. Se excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de nova Proposta de Adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário estabelecida contratualmente ou na Apólice.

3.7. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

4. DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS

4.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecer qual(is) da(s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro:

4.2. Acidente Vascular Cerebral (AVC): Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

4.2.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de

AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.3. Cirurgia da Aorta: Realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

4.3.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.4. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass): Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

4.4.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.5. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca: Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

4.5.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.6. Doença de Alzheimer: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

4.6.1. Para caracterização desta garantia, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

4.6.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

4.6.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.7. Doença de Parkinson: Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico

neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

4.7.1. Para caracterização desta garantia, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

4.7.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

4.7.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.8. **Esclerose Múltipla**: Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Desmielinização: que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

4.8.1. Para caracterização desta garantia, o segurado deve:

- a) Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- b) Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação

hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou

- c) Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

4.8.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.9. **Distrofia Muscular:** Diagnóstico definitivo de distrofia muscular, grupo de doenças genéticas caracterizadas pela degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos, feito por médico neurologista, confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas, e desde que comprovada a necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

4.9.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de distrofia muscular, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.10. **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG). Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto). Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias. Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco. Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

4.10.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado

contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.11. Insuficiência Renal Terminal (Crônica): Insuficiência renal terminal (crônica) é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

4.11.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal (crônica), desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.12. Paralisia: Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.

4.12.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da sequela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.13. Transplante de Órgão: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

4.13.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.14. Tumor Cerebral Benigno: Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente. O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

4.14.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.15. Câncer: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item 5.1.13. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

4.15.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.16. Câncer Feminino: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes

(formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são exclusivamente: **Mama, Útero e Ovário.** Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

4.16.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.17. 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 12 - Pagamento da Indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

5.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);
- b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardio-respiratória;
- c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;
- d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e
- e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

5.1.2. Cirurgia da Aorta:

- a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo

aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);

- b) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;
- c) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

5.1.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);
- b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e
- c) Cirurgia por toracotomia mínima.

5.1.4. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

5.1.5. Doença de Alzheimer:

- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

5.1.6. Doença de Parkinson:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma cranioencefálico; e
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

5.1.7. Esclerose Múltipla:

- a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 3.1.7 acima, para caracterização da doença.

5.1.8. Distrofia Muscular:

- a) Doença na fase inicial sem perda funcional comprovada;
- b) Doença não confirmada por exame histológico.

5.1.9. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T”; e
- c) Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável. d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

5.1.10. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

5.1.11. Paralisia:

- a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
- b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e
- c) Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.

5.1.12. Transplante de Órgão:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;
- c) Auto-transplante de medula óssea;
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);
- e) Transplante de células-beta do pâncreas; e
- f) Transplante de órgãos não mencionados no item 3.1.11. acima.

5.1.13. Tumor Cerebral Benigno:

- a) Todos os tipos de cistos intracranianos;
- b) Granulomas de qualquer natureza;
- c) Malformações encefálicas arteriais ou venosas;
- d) Hematomas intracranianos de qualquer natureza;
- e) Tumores da glândula hipófise; e
- f) Tumores da medula espinal.

5.1.14. Câncer:

- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular,

carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.

- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

5.1.15. Câncer Feminino:

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

5.2. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 6.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. 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.
- 7.2. 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.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com o pagamento da garantia de Doenças Graves, quando contratada a cobertura apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico, sendo reduzido o Prêmio proporcional a esta garantia a partir da próxima renovação do seguro;
- f) quando o Segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente; e
- g) Por essa cobertura poder ser uma antecipação da cobertura de morte, neste caso, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta cobertura extingue imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos e atualizados monetariamente.

10. PRÊMIO

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

10.2. Nos casos em que houver cobrança de prêmio adicional, para a cobertura de Doenças Graves - Antecipação, o prêmio do seguro deverá ser cobrado de acordo com o Capital Segurado remanescente, ou seja, sobre a diferença entre o capital Segurado total e o valor do Capital Segurado Antecipado.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais itens 17 e 18, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atende o Segurado regularmente, e pelo próprio Segurado ou seu representante;
- b) formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- e) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- f) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- g) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

12.2.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;

- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.3. Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.4. Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.5. Em caso de Doença de Alzheimer:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;
- d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.

12.2.6. Em caso de Doença de Parkinson:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;

- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.7. Em caso de Esclerose Múltipla:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquido cefalorraquidiano);
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.8. Em caso de Distrofia Muscular:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico neurologista assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.9. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.10. Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente

do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal (crônica);

- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia, etc;
- c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

12.2.11. Em caso de Paralisia:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia;
- b) Exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.12. Em caso de Transplante de Órgão:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.13. Em caso de Tumor Cerebral Benigno:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anátomo-patológico quando realizada a cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.

12.2.14. Em caso de Câncer:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anátomo-patológico;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. 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.
- 13.2. 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.
- 13.3. 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 AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante a antecipação do capital segurado da cobertura de Morte (M), cujo valor será determinado em contrato, referente às despesas necessárias para contratação de Babá, Enfermeira e/ou Empregada, em consequência de 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves na vigência da Apólice, exclusivamente para “Câncer Feminino” de Mama, **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 as Coberturas de Morte e Doenças Graves (Câncer Feminino de mama) e a elas se vinculam, de forma que somente serão devidas, se caracterizada esta cobertura.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cobertura será deduzida do Capital Segurado da cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Haverá adiantamento do Capital Segurado da Cobertura de Morte.
- 1.5 O adiantamento não caracterizará o direito à Cobertura de Morte, ficando a análise para pagamento da diferença da indenização sujeita às condições definidas em Contrato.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Câncer de Mama (feminino):** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser comprovado por exame histológico conclusivo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar

ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) 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;
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- e) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave contratada pelo Segurado.

4.3 Após o pagamento da Indenização, não haverá reintegração de Capital Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

- d) com o pagamento da indenização em caso de 1º diagnóstico de Câncer Feminino de Mama.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverá ser apresentado exame histológico conclusivo que comprove o diagnóstico.

10.2 Fica previsto uma única indenização, que será concedida em função do 1º diagnóstico de câncer feminino de mama coberto pelo seguro, independente do número de lesões e doenças diagnosticadas e de órgãos atingidos.

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 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 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 conjunções 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. Todas as coberturas deste plano de seguro poderão ser contratadas para o Cônjuge, com exceção das relacionadas no item 3.1.1. abaixo. As coberturas serão informadas contratualmente obedecendo obrigatoriamente 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.
 - 3.1.1. As coberturas a seguir não são extensíveis ao Cônjuge:
 - Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
 - Doença Terminal (DT)
 - Doença Congênita de Filhos (DCF)
 - Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT)
 - Verbas Rescisórias (VR)
 - Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)

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 obedeçam 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).

7.1.1. 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.

- 7.2.** 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.

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.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

- a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item 2.1 acima.
- b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta Cobertura” 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. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. CARÊNCIA

- 13.1.** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 13.2.** O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 13.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 14.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:
- Certidão de Casamento atualizada; ou
 - Provas de união estável.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1.** 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. Somente as coberturas relacionadas no item 3.1.1. abaixo poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) e serão informadas contratualmente, obedecendo 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).

3.1.1. As coberturas a seguir são extensíveis ao(s) Filho(s):

- Morte (M)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente(DMHO)
- Auxílio Funeral (AUXF)
- Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
- Assistência Funeral (AF)
- Assistência Funeral por Acidente (AFA)

- Doença Congênita de Filhos (DCF)

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 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

8.1.1. 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

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no **item 8.1.1** 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 2.1** acima.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta 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, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. CARÊNCIA

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

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

12.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física).

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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 ADAPTAÇÃO DE CARRO OU IMÓVEL POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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 cuja perda, redução ou impotência funcional definitiva seja maior do que 50% (cinquenta por cento), 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. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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 Clausula**, 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, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - 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;
 - n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - q) Acidente ou lesões decorrentes de acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
 - r) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - s) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais 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.

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 de invalidez permanente parcial, 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 morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga

por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

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
	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

S	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	25
	Perda total do olfato 07	07
	Perda do olfato com alterações gustativas 10	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia 15	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	
	Seqüelas 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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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 FILHOS PÓSTUMOS (FP)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cláusula, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.
- 1.2. Quando o segurado 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 segurado 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 Cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. 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.
- 2.2. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.
- 2.3. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 2.4. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:
 - a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;
 - b) Natimorto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do óbito do segurado titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

- 5.1. A garantia compreendida por esta Cláusula começa 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.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

- 6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas no item 11 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio devido em função da cobertura referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

10.1.1. Básica de morte:

- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora);
- Cópia da Certidão de óbito;
- Cópia Certidão de Nascimento do filho nascituro;
- Cópia do contracheque do segurado no mês da ocorrência do sinistro;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do sinistrado;
- Comprovação do vínculo empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo).

10.1.2. Morte acidental:

- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora).
- Cópia da certidão de óbito;
- Cópia Certidão de Nascimento do filho nascituro;
- Cópia do boletim de ocorrência policial;
- Cópia da CAT -Comunicação de Acidente do Trabalho (se acidente de trabalho);
- Cópia completa do prontuário do primeiro atendimento médico-hospitalar (caso não tenha boletim ou CAT);
- Cópia da CNH do segurado quando o acidente for automobilístico e este tenha sido o condutor;
- Cópia do laudo de necrópsia;
- Cópia do exame de teor alcoólico e toxicológico (se realizado);
- Cópia do inquérito policial (se instaurado);
- Cópia do contracheque do segurado no mês da ocorrência do sinistro;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do sinistrado;
- Comprovação do vínculo do empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - PROFISSIONAL (IPD-P)

1. COBERTURA

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional, doravante denominada IPDP, devidamente coberta pelo seguro, **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.
- 1.3 A análise desta cobertura não poderá ser feita em conjunto ao pleito da cobertura de Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)

2. CONCEITO INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL

- 2.1. Para fins desta garantia, entende-se por IPDP aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que impeça o segurado de exercer a sua atividade profissional principal.
 - 2.1.1. Doença profissional é aquela adquirida no exercício da atividade profissional principal do segurado.
 - 2.1.2. Atividade profissional principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades profissionais por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 2.2. Fica entendido que a indenização em que o segurado fará jus através desta garantia, somente será devida no caso em que o próprio segurado seja considerado inválido de forma definitiva e permanente.

- 2.3. Não podem configurar como segurados, para esta garantia pessoas que não exerçam qualquer atividade profissional, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio, por parte da Seguradora

3. GARANTIA

- 3.1. A IPDP deverá ser comprovada com apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o segurado está totalmente inválido por doença profissional para o exercício de sua atividade profissional principal, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.
 - 3.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
 - 3.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
 - 3.1.3. Somente fará juz a esta garantia os segurados cujo tratamento da doença profissional tenha sido iniciado, ou cuja doença profissional tenha sido diagnosticada, durante a vigência desta garantia.
- 3.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da IPDP e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.
- 3.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.

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

3.4. Uma vez pago o capital segurado relativo a esta cobertura o segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito a nenhuma outra indenização futura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - k) 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;
 - l) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.
 - m) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será conforme definido nas Condições Particulares, podendo ser múltiplo salarial ou capital definido.
- 5.2. Considera-se como data da Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional (IPDP), a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

- 6.1. A garantia de IPDP abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 7.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1.** Comprovada a ocorrência de sinistro coberto por esta garantia, o segurado deverá, observado o item 17 das Condições Gerais, apresentar os seguintes documentos:
- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora);
 - Laudo de concessão da aposentadoria, emitido por instituto de previdência ao qual o segurado esteja vinculado (caso o segurado esteja aposentado);
 - Exames clínicos objetivos e perícias a que o segurado tenha se submetido;
 - Cópia do contracheque do segurado no mês da concessão da aposentadoria determinado pelo médico assistente;
 - Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do segurado;
 - Cópia do comprovante de residência (preferencialmente água, luz ou telefone fixo);
 - Comprovação do vínculo do empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo);
 - Autorização de pagamento/crédito de sinistro (modelo da seguradora) e cópia de um comprovante dos dados bancários (ex.: cartão do banco, cabeçalho de extrato/saldo).

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 9.1.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:
- a) quando o estipulante pedir por escrito o cancelamento desta garantia relativamente à todos os segurados;
 - b) na data do cancelamento da apólice;
 - c) com a Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Reconhecida a invalidez pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.
- 10.2.** Esta garantia não é extensiva aos cônjuges e aos filhos, quando incluídos na apólice através de cláusulas próprias.
- 10.3.** Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais

específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL A TRABALHO (MA-T)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiários(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou suas dependências, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.
- 1.2 Não está incluso o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido no item 3.1 – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos mencionados no item 3- Riscos Excluídos, das Condições Gerais da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
 - a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
 - f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
 - g) 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.

- h) 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.
- i) os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências, ou durante o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1 Esta Garantia abrange somente os acidentes ocorridos no local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
 - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) se houver e CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e,
 - c) quando for paga a indenização de Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 8.1 Quando houver a cobertura simultânea desta Garantia com a de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA), as indenizações não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME (MA-VC)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente por crime, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE CRIME

- 2.1 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos mencionados no item 3- Riscos Excluídos, das Condições Gerais da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
 - b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
 - c) invalidez decorrente de crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);

- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e,
 - c) quando for paga a indenização de Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 8.1 Quando houver a cobertura simultânea desta Garantia com a de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA), as indenizações não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1 Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE A TRABALHO (IPA-T)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou suas dependências, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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	
	Seqüelas 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

- 1.2 Não está incluso o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item 3.1 - Definições, das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
 - 3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
 - 3.2.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 3.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.
- 3.4 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.
- 3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência

do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

- 3.8 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além dos riscos mencionados no item 3 da garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
 - a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
 - f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
 - g) 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.
 - h) 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.

- i) os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências, ou durante o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1 Esta Garantia abrange somente os acidentes ocorridos no local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
 - a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e
 - c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

- 9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:
 - a) Comunicar o acidente à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - a.1) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;
 - a.2) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;
 - b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
 - c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;

- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1 Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) se houver e CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - radiografia e resultados de exames realizados;
 - cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 11.1 As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre

quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME (IPA-VC)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Crime devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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	
	Seqüelas 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

2. CONCEITO DE CRIME

- 2.1 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

- 3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
 - 3.2.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 3.3 Quando de um mesmo Crime resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.
- 3.4 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.
- 3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 3.8 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

- 3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além dos riscos mencionados no item 3 - Riscos Excluídos, da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
 - b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
 - c) invalidez decorrente de Crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e
 - c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

- a) Comunicar o Crime à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - a.1) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do Crime;
 - a.2) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;
- b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do Crime, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
- c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

9.2 DOCUMENTOS BÁSICOS

- 9.2.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - radiografia e resultados de exames realizados;
 - cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 10.1 As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo Crime. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo Crime, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE (AN)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.
- 1.2 Garante ao Segurado ajuda de custo nas despesas diretamente vinculadas ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e 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. Despesas iniciais do filho(a) nascido(a): serão consideradas despesas vinculadas ao nascimento: fraldas, vacinas, exames, consultas pediátricas, medicamentos e suplementos alimentares.

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. RISCOS EXCLUIDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1.A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais.

6.1.1 Para o Segurado: a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura; b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva; c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

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.

Seguro de Pessoas Coletivos

Acidentes Pessoais



Seguro De Pessoas Coletivos – Acidentes Pessoais

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – ACIDENTES PESSOAIS	8
1. CARACTERÍSTICAS	8
2. OBJETIVO	8
3. DEFINIÇÕES.....	8
4. COBERTURAS	12
5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.....	15
7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	16
8. CUSTEIO DO SEGURO	17
9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	17
10. CANCELAMENTO DA APÓLICE	19
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	19
12. CAPITAL SEGURADO	20
13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	20
14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO	21
15. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	21
16. BENEFICIÁRIO(S)	21
17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	22
18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	22
19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	23
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	24
21. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	25
22. ALTERAÇÕES DA APÓLICE	27
23. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	28
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	29
25. TRIBUTO	29
26. PRESCRIÇÃO.....	29
27. FORO.....	29
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	29
29. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	30
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	31
1. OBJETIVO	31
2. DEFINIÇÃO	31
3. RISCOS EXCLUÍDOS	31
4. CAPITAL SEGURADO	32
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	32
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	33
7. PRÊMIO	33
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	33
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	33
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME (MAC)	35
1. OBJETIVO	35
2. DEFINIÇÃO	35
3. RISCOS EXCLUÍDOS	35
4. CAPITAL SEGURADO	36
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	36
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	37
7. PRÊMIO	37
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	37
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	37
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	38
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE TRANSPORTE COLETIVO (MATC).....	39
1. OBJETIVO	39
2. DEFINIÇÃO	39
3. RISCOS EXCLUÍDOS	39
4. CAPITAL SEGURADO	40
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	40
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	41
7. PRÊMIO	41
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	41

9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	41
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	42
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MAAT)	43
1.	OBJETIVO	43
2.	DEFINIÇÃO	43
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	43
4.	CAPITAL SEGURADO	44
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	45
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	45
7.	PRÊMIO	45
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	45
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	45
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	47
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA).....	48
1.	OBJETIVO	48
2.	DEFINIÇÕES.....	48
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	49
4.	CAPITAL SEGURADO	50
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	50
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	51
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	51
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	56
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	57
10.	PRÊMIO.....	57
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	57
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	57
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	58
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	59
1.	OBJETIVO	59
2.	DEFINIÇÕES.....	59
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	60
4.	CAPITAL SEGURADO	61
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	61
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	61
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	62
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	62
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	62
10.	PRÊMIO.....	62
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	63
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	63
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	64
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD).....	65
1.	OBJETIVO	65
2.	DEFINIÇÕES.....	65
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	65
4.	CAPITAL SEGURADO	68
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	68
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	68
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	68
8.	PRÊMIO	69
9.	CARÊNCIA	69
10.	FRANQUIA.....	69
11.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	69
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	69
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	69
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	70
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA).....	71
1.	OBJETIVO	71
2.	DEFINIÇÕES.....	71
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	71
4.	CAPITAL SEGURADO	73
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	73
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	74
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	74
8.	PRÊMIO	74
9.	FRANQUIA	74

10.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	75
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	75
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	75
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	76
	COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARESE ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	77
1.	OBJETIVO	77
2.	DEFINIÇÕES.....	77
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	77
4.	CAPITAL SEGURADO	78
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	79
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	79
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	79
8.	PRÊMIO	79
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	79
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	79
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	81
	COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA).....	82
1.	OBJETIVO	82
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	82
3.	CAPITAL SEGURADO	83
4.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	83
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	84
6.	PRÊMIO	84
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	84
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	84
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	85
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)	86
1.	OBJETIVO	86
2.	DEFINIÇÕES.....	86
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	87
4.	CAPITAL SEGURADO	88
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	89
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	89
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	89
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	89
9.	PRÊMIO	90
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	90
11.	CARÊNCIA	90
12.	FRANQUIA.....	90
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	90
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	91
	COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA).....	92
1.	OBJETIVO	92
2.	DEFINIÇÕES.....	92
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	93
4.	CAPITAL SEGURADO	95
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	95
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	95
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	95
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	95
9.	PRÊMIO	96
10.	FRANQUIA.....	96
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	96
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	96
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	97
	COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)	98
1.	OBJETIVO	98
2.	DEFINIÇÃO	98
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	98
4.	CAPITAL SEGURADO	99
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	99
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	100
7.	PRÊMIO	100
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	100
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	100
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	101

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA).....	102
1. OBJETIVO	102
2. DEFINIÇÃO	102
3. RISCOS EXCLUÍDOS	102
4. CAPITAL SEGURADO	103
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	103
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	104
7. PRÊMIO	104
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	104
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	104
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	105
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA).....	106
1. OBJETIVO	106
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	106
3. RISCOS EXCLUÍDOS	107
4. CAPITAL SEGURADO	109
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	109
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	109
7. PRÊMIO	109
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	109
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	109
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	110
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF).....	111
1. OBJETIVO	111
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	111
3. RISCOS EXCLUÍDOS	112
4. CAPITAL SEGURADO	114
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	114
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	114
7. PRÊMIO	114
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	114
9. CARÊNCIA	114
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	115
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	116
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFAF)	117
1. OBJETIVO	117
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	118
3. RISCOS EXCLUÍDOS	118
4. CAPITAL SEGURADO	120
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	120
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	120
7. PRÊMIO	120
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	120
9. CARÊNCIA	120
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	121
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	122
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SEGURADOS INDICADOS (AFASI)	123
1. OBJETIVO	123
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	123
3. RISCOS EXCLUÍDOS	124
4. CAPITAL SEGURADO	126
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	126
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	126
7. PRÊMIO	126
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	126
9. CARÊNCIA	126
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	127
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	128
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SEGURADOS INDICADOS OU FAMILIAR (AFASIF).....	129
1. OBJETIVO	129
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	130
3. RISCOS EXCLUÍDOS	131
4. CAPITAL SEGURADO	132
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	132
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	132
7. PRÊMIO	133

8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	133
9.	CARÊNCIA	133
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	133
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	134
	COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CBM)	135
1.	OBJETIVO	135
2.	DEFINIÇÃO	135
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	135
4.	CAPITAL SEGURADO	136
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	137
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	137
7.	PRÊMIO	137
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	137
9.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	137
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	138
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	138
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	139
	CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI)	140
1.	OBJETIVO	140
2.	DEFINIÇÃO	140
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	140
4.	CAPITAL SEGURADO	141
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	141
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	142
7.	PRÊMIO	142
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	142
9.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	142
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	143
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	143
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	144
	COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	145
1.	OBJETIVO	145
2.	ELEGIBILIDADE	145
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	146
4.	CAPITAL SEGURADO	146
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	146
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	146
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	147
8.	CARÊNCIA	147
9.	FRANQUIA	147
10.	PRÊMIO	147
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	147
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	148
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	148
	COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	149
1.	OBJETIVO	149
2.	ELEGIBILIDADE	149
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	149
4.	CAPITAL SEGURADO	151
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	152
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	152
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	152
8.	PRÊMIO	152
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	152
10.	CARÊNCIA	152
11.	FRANQUIA	153
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	153
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	153
	COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)	154
1.	OBJETIVO	154
2.	ELEGIBILIDADE	154
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	154
4.	CAPITAL SEGURADO	156
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	157
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	157
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	157

8.	PRÊMIO	157
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	157
10.	CARÊNCIA	157
11.	FRANQUIA	158
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	158
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	158
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	159
1.	OBJETIVO	159
2.	DEFINIÇÃO	159
3.	GARANTIAS	159
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	159
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	160
6.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO	160
7.	CAPITAL SEGURADO	160
8.	BENEFICIÁRIO(S)	160
9.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR	161
10.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR	161
11.	PRÊMIO	161
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	162
13.	CARÊNCIA	162
14.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	162
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS	162
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)	163
1.	OBJETIVO	163
2.	DEFINIÇÃO	163
3.	GARANTIAS	163
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	163
5.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO	164
6.	CAPITAL SEGURADO	164
7.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	164
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR	164
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR	165
10.	PRÊMIO	165
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	165
12.	CARÊNCIA	165
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	166
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	166

Condições Gerais do Seguro de Pessoas Coletivo – Acidentes Pessoais

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1** A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas Coletivo – Acidentes Pessoais, descrito nestas Condições Gerais, Coberturas e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

- 2.1** O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

- 3.1 Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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, e ainda:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a)** o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

3.2 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos..

3.3 Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

3.4 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro..

3.5 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

3.6 Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

3.7 Certificado Individual: documento destinado ao Segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

- 3.8 Cobertura de risco:** coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 3.9 Condições Gerais:** é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.
- 3.10 Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 3.11 Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
- 3.12 Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação.
- 3.13 Doenças Preexistentes:** doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 3.14 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.
- 3.15 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 3.16 Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 3.17 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.
- 3.18 Garantias:** é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.

- 3.19 Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva..
- 3.20 Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 3.21 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.
- 3.22 Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.23 Migração de Apólices:** substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 3.24 Nota técnica atuarial:** documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 3.25 Passageiro:** é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.
- 3.26 Prazo de carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.27 Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 3.28 Prêmio Global:** é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.
- 3.29 Prêmio Individual:** é o valor devido pelo Segurado à Seguradora, nos seguros em que inexistente Vínculo prévio ao seguro entre Segurado e Estipulante.
- 3.30 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.

- 3.31 Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 3.32 Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 3.33 Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais..
- 3.34 Riscos Excluídos:** são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.
- 3.35 Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.36 Segurado Dependente:** é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.
- 3.37 Seguradora:** é a Zurich Minas Brasil Seguros 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.
- 3.38 Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 3.39 Vínculo:** é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

4. COBERTURAS

- 4.1 As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.**
- 4.1.1 Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as Coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:**
- a)** Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - b)** Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA);

- c) Diária por Internação Hospitalar (DIHAD) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
- d) Cesta Básica por Morte (CBM) e Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI);

COBERTURAS PASSÍVEIS DE CONTRATAÇÃO

Morte Acidental (MA)

Morte Acidental Decorrente de Crime (MAC)

Morte Acidental Decorrente de Transporte Coletivo (MATC)

Morte Acidental Decorrente de Acidente de Trânsito (MAAT)

Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)

Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)

Verbas Rescisórias por Acidente (VRA)

Diária por Internação Hospitalar (DIHAD)

Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

Despesas Diversas por Acidente (DDA)

Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)

Assistência Funeral por Acidente (AFA)

Assistência Funeral (AF)

Assistência Funeral Familiar (AFAF)

Assistência Funeral Segurados Indicados (AFASI)

Assistência Funeral Segurados Indicados ou Familiar (AFASIF)

Cesta Básica por Morte Acidental (CBM)

Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI)

Desemprego Involuntário (DI)

Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT)

4.1.2 A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Certificado Individual do Seguro.

4.2 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Coberturas suplementares:

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

- 4.3 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.**

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1 Vigência e Renovação da Apólice

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

5.1.1.1 O início e término de vigência da apólice do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice e nos endossos.

5.1.1.2 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

5.1.1.3 Caso haja pagamento de valor no ato da apresentação da proposta, esse valor garante apenas uma cobertura provisória. Se a proposta for recusada após análise, o valor pago será restituído ao Estipulante/Segurado, deduzindo-se apenas a fração correspondente ao período durante o qual o risco esteve garantido provisoriamente, sem qualquer obrigação futura entre as partes. Se a proposta for aprovada, o valor será convertido em prêmio, dando início à cobertura definitiva conforme as condições da apólice.

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

5.1.3 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

5.1.3.1 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

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

5.1.4.1 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.

5.1.4.2 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

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

5.2 Vigência dos Certificados Individuais

5.2.1 Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e enviar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

5.2.2 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

5.2.3 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

5.2.4 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

5.2.5 Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

6.1 O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

6.2 No caso das propostas de que trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá

constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

- 6.3** A Seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir do recebimento da proposta de contratação e de toda a documentação necessária, para analisar e se manifestar sobre a aceitação ou recusa do risco proposto.
- 6.4** Caso sejam solicitados documentos ou informações complementares para análise de risco, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido a partir da data da solicitação e reiniciado do zero a partir da data da entrega dos novos documentos. Não há limitação legal quanto ao número de vezes que documentos complementares podem ser solicitados na análise de risco. A aceitação da proposta será confirmada mediante a emissão da apólice.
- 6.5** 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, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.
- 6.5.1** Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio Global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia pelo seguro.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 7.1** As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.
- 7.2** A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão assinada pelo proponente. No caso das propostas de que trata o item, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais..
- 7.2.1** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Caso haja valor pago no ato da proposta, ele garante apenas cobertura provisória. Se a proposta for recusada após análise, o valor pago será restituído ao Estipulante/Segurado, deduzindo-se apenas a fração correspondente ao período durante o qual o risco esteve garantido provisoriamente, sem qualquer obrigação futura entre as partes. Se a proposta for aprovada, o valor será convertido em prêmio, dando início à cobertura definitiva conforme as condições da apólice.
- 7.3** A Seguradora terá um prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir do recebimento da proposta de adesão e de toda a documentação necessária,

para analisar e se manifestar sobre a aceitação ou recusa do risco proposto.

7.3.1 Caso sejam solicitados documentos ou informações complementares para análise de risco, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido a partir da data da solicitação e reiniciado do zero a partir da data da entrega dos novos documentos. Não há limitação legal quanto ao número de vezes que documentos complementares podem ser solicitados na análise de risco. A aceitação da proposta será confirmada mediante a emissão da apólice.

7.3.2 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

7.3.3 Decorrido o prazo estipulado **no item 7.3** sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

7.3.4 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

7.3.5 A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

7.4 O segurado deve comunicar à Zurich, assim que tomar conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto pelo seguro.

7.4.1 Após receber o aviso de agravamento do risco, a Zurich poderá, em até 15 (quinze) dias, informar ao segurado sobre a cobrança de eventual diferença de prêmio. Caso não haja pagamento da diferença, as garantias poderão ser suspensas conforme estas Condições Gerais.

7.4.2 O cancelamento do seguro por agravamento do risco só será possível em caso de má-fé ou descumprimento doloso da obrigação de comunicação, sendo o segurado previamente notificado. O cancelamento será efetivo 30 (trinta) dias após a notificação. Observação: Se o risco agravado corresponder a um risco já excluído e vedado pela Zurich no momento da contratação, permanece excluído durante toda a vigência do seguro. Não será possível cobrar diferença de prêmio ou alterar as condições para incluir tal risco.

8. CUSTEIO DO SEGURO

- 8.1** Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
- a) não contributário:** aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
 - b) contributário:** aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 9.1** É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.
- 9.1.1** Os prêmios poderão ser pagos anualmente, semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente ou mensalmente.
- 9.1.2** A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.
- 9.2** 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.
- 9.3** Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 9.3.1** Quando houver previsão de pagamento do prêmio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura do Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.
- 9.4** **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 for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do valor do Prêmio de cada Segurado.**
- 9.5** **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

9.6 Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

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

9.7.1 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).

9.8 Em caso de atraso no pagamento da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o segurado será previamente notificado para regularizar o débito após 15 (quinze) dias do vencimento. Persistindo a inadimplência após o prazo de notificação e constituição em mora, o seguro será cancelado, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento, conforme legislação vigente.

9.8.1 Em caso de não pagamento da segunda parcela do prêmio, ou de quaisquer parcelas subsequentes, dentro do prazo estipulado, o Estipulante será notificado para purgação da mora, com prazo mínimo de 15 (quinze) dias. Após esse período, persistindo a inadimplência, a cobertura do seguro será suspensa pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias. Persistindo o débito, haverá reforço da comunicação após 45 (quarenta e cinco) dias do vencimento da parcela mais antiga em atraso. Se o débito não for regularizado até 60 (sessenta) dias após o vencimento da parcela mais antiga em atraso, a apólice será cancelada automaticamente por falta de pagamento, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento.

9.9 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.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE

10.1 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, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, o Certificado Individual será cancelado;
- e) na hipótese de pessoas jurídicas, 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;

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

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

10.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1 A cobertura de cada Segurado cessa:

11.1.1 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 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, 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.

11.1.2 Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;

- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais.

11.1.3 Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

- a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 11.1.1 e 11.1.2 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.

12. CAPITAL SEGURADO

- 12.1** O Capital Segurado de cada Cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 13.1** O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.

- 13.1.1** 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).

- 13.2** Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 13.1 acima, poderá se estabelecer ainda, anualmente no aniversário da apólice, que o valor do Capital Segurado e dos Prêmios serão alterados segundo outro critério, tal como a variação do reajuste de salário ou provento do Segurado, devendo este constar no contrato de seguro.

- 13.3** Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

14.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

14.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas 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.

14.3 As modificações previstas no item 14.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

15. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

15.1 Esta seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

16. BENEFICIÁRIO(S)

16.1 Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

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

16.2 A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

16.3 Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

17.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

17.3 Este seguro não cobre despesas de contenção ou salvamento, mesmo que realizadas para evitar a ocorrência de sinistro ou para reduzir seus efeitos, ainda que tais medidas sejam tomadas em emergências ou por terceiros. Também não estão cobertas despesas com prevenção ordinária, manutenção, reparos preventivos ou qualquer outro tipo de medida similar. Caso o segurado realize qualquer despesa com contenção ou salvamento, não haverá direito a reembolso, independentemente do valor ou do resultado das ações adotadas.

17.4 De acordo com as características deste seguro, não há previsão de devolução ou resgate de prêmio ao Estipulante, exceto nos casos de suicídio ou tentativa de suicídio ocorridos nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses da vigência inicial do seguro. Nesses casos, será devolvido ao beneficiário o valor do prêmio puro pago, referente ao período de risco a decorrer a partir da data do evento.

18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

18.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

18.2 As despesas efetuadas com a comprovação 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.

18.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os **itens 18.6 e 18.6.1** destas Condições Gerais:

18.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

18.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

18.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

18.6 O prazo para regulação do sinistro é de até 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento dos documentos necessários pela seguradora.

a) Para sinistros de até 500 (quinhentos) salários mínimos, esse prazo poderá ser suspenso apenas uma vez, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.

b) Para sinistros superiores a 500 (quinhentos) salários mínimos, o prazo de regulação poderá ser suspenso até duas vezes, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.

c) O prazo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contado a partir da conclusão da regulação do sinistro.

18.6.1 A Zurich terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência de cobertura para o sinistro, contado do recebimento do aviso de sinistro acompanhado de todos os documentos necessários para a regulação.

18.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada 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, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

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

18.8 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

18.9 Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

18.10 Em caso de recusa total ou parcial de cobertura, a Seguradora disponibilizará ao interessado os documentos obtidos ou produzidos na regulação que fundamentaram a decisão.

18.11 Não serão entregues documentos sigilosos, legalmente protegidos ou que possam causar prejuízo a terceiros, exceto mediante ordem judicial ou decisão arbitral.

19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

19.2 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.

19.2.1 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.

19.2.2 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.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 Em conformidade com a legislação vigente, distinguem-se as consequências conforme a intenção do Estipulante / Segurado ao prestar informações:

20.1.1 Descumprimento doloso (intencional):

Se o Estipulante / Segurado, por si ou por seu representante, omitir intencionalmente informação relevante, como uma doença grave, com o objetivo de obter vantagem no seguro, perderá o direito à indenização. Ainda assim, deverá pagar o prêmio vencido e ressarcir eventuais despesas da Seguradora.

20.1.2 Descumprimento culposo (sem intenção):

Caso a omissão ou inexatidão seja sem intenção de enganar, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido, considerando-se o novo risco informado.

20.1.3 Garantia tecnicamente impossível ou risco não aceito:

Se, após a revelação de uma omissão, constatar-se que o risco é tecnicamente impossível de ser segurado, ou não é normalmente aceito pela Zurich, o contrato será extinto, e o Estipulante deverá ressarcir eventuais despesas feitas pela seguradora.

20.1.4 Mensagem ao cliente:

Esta regra protege tanto o Segurado quanto a Zurich, incentivando a transparência e a verdade na contratação. Informações corretas garantem uma cobertura adequada e evitam problemas futuros. Sempre responda de forma clara e completa ao questionário da Zurich.

20.2 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir

na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

20.3 Sem prejuízo do previsto nos itens 7.4, 7.4.1 e 7.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.3.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

20.3.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

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

20.3.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

20.4 O Segurado perderá 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) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

20.5 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20.6 A provocação dolosa de sinistro pelo Segurado acarretará a perda definitiva do direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo exigível o prêmio contratado e configurada a obrigação de ressarcir gastos suportados pela Seguradora.

20.7 A fraude cometida durante o processo de reclamação ou regulação do sinistro

implicará perda integral da garantia, liberando a Seguradora do pagamento.

20.8 Ocorrendo participação consciente do Segurado ou Beneficiário em prática delituosa associada ao sinistro, e não havendo tentativa de evitá-la, aplicar-se-á integralmente a perda do direito conforme item 20.2

20.9 Nos seguros de pessoas, caso o sinistro seja dolosamente provocado pelo Beneficiário, a indenização será paga ao Segurado ou a seus herdeiros, conforme legislação vigente.

21. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

21.1 Esta Cláusula poderá ser contratada opcionalmente e deverá estar prevista em Contrato.

21.2 Para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.

21.3 Apuração do Resultado

21.3.1 A periodicidade da apuração será definida em contrato, podendo ser anual, semestral ou plurianual.

21.3.2 Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a)** Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
- b)** estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d)** recuperação de Sinistros do ressegurador.

21.3.3 Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a)** comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b)** comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c)** comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d)** Prêmios de resseguro;
- e)** valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com

- pagamento parcelado;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;
- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

21.3.4 Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

21.3.5 A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 21.2.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 21.2.3 (d) referentes ao período de apuração.

21.3.6 Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

21.3.7 Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

21.4 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

21.4.1 O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

21.4.2 As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

- a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

21.5 CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 21.5.1** A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 21.5.2** Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 21.4.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.
- 21.5.3** Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 21.5.4** Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

21.6 DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 21.6.1** Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.
- 21.6.2** Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

22. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

- 22.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.**
- 22.1.1 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.**

23. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante:

- a)** fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);
- b)** manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d)** discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e)** repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f)** repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g)** discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h)** 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;
- i)** dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j)** comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k)** fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l)** informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m)** A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- n)** O Estipulante e o Segurado devem informar à Seguradora qualquer mudança de endereço ou na condição do risco segurado.
Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízos aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

24. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

24.1 responderá pelos prejuízos a que der causa, cabendo-lhe:

- I – informar prontamente a seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;**
- II – fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela seguradora;**
- III – comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;**
- IV – abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da seguradora.**

24.2 Quando a pretensão do prejudicado for exercida exclusivamente contra o segurado, este será obrigado a cientificar a seguradora, tão logo seja citado para responder à demanda, e a disponibilizar os elementos necessários para o conhecimento do processo.

24.3 O segurado poderá chamar a seguradora a integrar o processo, na condição de litisconsorte, sem responsabilidade solidária

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

26. TRIBUTO

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

27. PRESCRIÇÃO

27.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei:

I – em 1 (um) ano, contado da ciência do respectivo fato gerador:

- a) a pretensão da seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o segurado e o estipulante do seguro;**
- b) a pretensão dos intervenientes corretores de seguro, agentes ou representantes de seguro e estipulantes para a cobrança de suas remunerações;**
- c) as pretensões das cosseguradoras entre si;**
- d) as pretensões entre seguradoras, resseguradoras e retrocessionárias;**

II – em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;

III – em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a

pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

27.2 A prescrição de pretensão relacionada ao recebimento de indenização será suspensa uma única vez, com a apresentação formal do pedido de reconsideração do sinistro negado.

27.3 A suspensão cessará na data em que o interessado for comunicado da decisão final.

28. FORO

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

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

~~30.1~~**29.1** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

~~30.2~~**29.2** O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

~~30.3~~**29.3** Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

~~30.4~~**29.4** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

~~31.30.~~**30.** LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

~~31.1~~**30.1** O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o **fim único** da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

~~31.2~~**30.2** O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da

existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

31.330.3 O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com

31.430.4 A SEGURADORA **garante e assume** o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>

32.31. CLÁUSULA DE EMBARGOS E SANÇÕES

32.131.1 Exclusão de Sanções: Não obstante quaisquer outros termos deste instrumento, a Seguradora não será considerada como tendo fornecido cobertura e não será responsável pelo pagamento de qualquer sinistro ou benefício aqui previsto, na medida em que o fornecimento de tal cobertura, o pagamento de tal sinistro ou o fornecimento de tal benefício exponha a Seguradora, sua controladora ou sua entidade controladora final a qualquer sanção, proibição ou restrição prevista em resoluções das Nações Unidas ou em sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido, da Suíça, dos Estados Unidos da América ou qualquer outra lei ou regulamento aplicável a sanções comerciais ou econômicas.

32.231.2 Exclusão Territorial: Este instrumento não cobrirá quaisquer perdas, lesões, danos ou responsabilidades legais decorrentes direta ou indiretamente de viagens planejadas ou realizadas em determinados países. A lista completa de países com restrição será publicada em canais oficiais disponibilizados aos usuários segurados e no site oficial da Seguradora, sendo certo que a lista de países com restrição considerada para esse efeito desta exclusão territorial deverá considerar a data da ocorrência do sinistro e não somente da contratação, ainda que no momento da contratação do seguro determinado país poderia não estar na lista de países com restrição e de exclusão territorial.

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, 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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.
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de

- Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

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 Morte Acidental Decorrente de Crime (MAC)

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 decorrente de Crime, conforme definição no item 2.2 desta Cobertura, **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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 Crime:** Entende-se como crime, para fins desta Cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a morte do Segurado.
- 2.2.1 Não estão cobertos por esta Cobertura os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
 - d) **suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

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 Morte Acidental Decorrente de Transporte Coletivo (MATC)

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 decorrência de acidente por meio de Transporte Coletivo, exclusivamente na condição de passageiro, conforme definido no item **2** desta Cobertura, **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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 Transporte Coletivo:** entende-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte coletivo público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.3 Passageiro:** é o Segurado que esteja a bordo de Transporte Coletivo, conforme definição no item **2.2** acima, desde que não seja na condição de tripulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**

- d) **suicídio 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 aumentado;
- e) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
- f) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**
- h) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i) **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;**
- j) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- k) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- l) **Acidente Vascular Cerebral;**
- 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;**
- n) **acidentes de trânsito cujo o Segurado não seja passageiro de um dos meios de transportes coletivos, definidos no item 2.2 acima.**

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no

item anterior.

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

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 Morte Acidental Decorrente De Acidente De Trânsito (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 decorrência de acidente de trânsito, conforme definido no item **2.2** desta Cobertura, **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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

- 2.2 Acidente de Trânsito:** para fins desta Cobertura, considera-se acidente de trânsito aquele em que o Segurado, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou ainda se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

2.2.1 Esta Cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo Segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

- 2.3 Transporte Coletivo:** entende-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte coletivo público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) acidentes sofridos pelo Segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

- 7.1** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

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 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 Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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 Clausula, 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, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;

- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) Acidente ou lesões decorrentes de acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- r) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- s) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

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 de **invalidéz parcial**, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.

6.1.1. Se o Segurado pagar o prêmio referente a mais de uma cobertura de invalidez, na ocorrência de sinistro deverá receber a indenização referente às duas garantias, se for devida a indenização, sem qualquer dedução.

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
	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
	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	25
	os dedos e de uma parte do mesmo pé	
	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 25
	Perda total do olfato	07 07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10 10
	Aparelho Visual E Anexos Do Olho	
	Diplopia	15 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	
	Seqüelas 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
	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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 8.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.**

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

12.2 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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** prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme **item 7 desta Clausula**, 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 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.**
- 2.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.**
- 2.4.1 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.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- d) suicídio 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 aumentado;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;**
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- l) Acidente Vascular Cerebral;**
- 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;**

- n) **todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- o) **perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.**
- p) **Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1** Não há reintegração do Capital Segurado, após ocorrência de um Evento Coberto.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 6.1** As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.
 - 6.1.1.** Se o Segurado pagar o prêmio referente a mais de uma cobertura de invalidez, na ocorrência de sinistro deverá receber a indenização referente às duas garantias, se for devida a indenização, sem qualquer dedução.

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. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 8.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 9.1** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica..

10. PRÊMIO

- 10.1** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

12.2 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1** 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, quando da incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **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 conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **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

- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização masculina e feminina;
- i) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, diabetes, glaucoma, aterosclerose arterial de qualquer ordem, aneurismas, doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;
- o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- q) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

- s) 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;
- t) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- u) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- v) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- w) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- x) Entesopatia;
- y) Entorses, distensões, contusões;
- z) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- aa) Fraturas patológicas;
- bb) Lesões Infra-articulares de joelho;
- cc) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- dd) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- ee) Síndromes compressivas nervosas;
- ff) Diálises e hemodiálises;
- gg) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doenças;
- hh) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências não decorrentes de acidentes;
- ii) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- jj) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- kk) doenças mentais ou psiquiátricas;
- ll) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.
- mm) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- oo) Atos contrários a Lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança

obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

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.

5.2. 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 às atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

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

9. CARÊNCIA

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

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

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

11.1. 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.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

13.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela

prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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, quando da incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, tratamento médico, em decorrência exclusivamente de 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**

- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
- i) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- 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) Acidente Vascular Cerebral;
- n) 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;
- o) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- p) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- q) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- r) Entesopatia;
- s) Entorses, distensões, contusões;
- t) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- u) Fraturas patológicas;
- v) Lesões-infra-articulares de joelho;
- w) Lesões que não exijam atendimento médico;
- x) Luxação do ombro (acrômico-clavicular ou gleno umeral);
- y) Síndromes compreensivas nervosas;

- z) Danos estéticos;
- aa) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;
- bb) Estados de convalescência (após alta médica) e as despesas de acompanhante;
- cc) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- dd) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- ee) Lesões corporais, bem como suas conseqüências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- ff) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- gg) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- hh) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- ii) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- jj) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência.

4. CAPITAL SEGURADO

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

- 4.1.1** O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

- 4.2** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

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.

- 5.2** 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1** A Garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**

7.1.1 Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

- 8.1** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

- 9.1** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

- 10.1** 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.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 11.1** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 12.1** No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.
- 12.2** O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.
- 12.3** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
 - Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;

- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- endereço de e-mail do Segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 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 Contratuais.**
- 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 o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.
- 1.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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.
- n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- p) 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;
- q) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
- r) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc.
- s) Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

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. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

- 8.1** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 9.1** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 10.1** 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

- 10.2** 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.
- 10.3** 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.
- 10.4** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
 - cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
 - radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
 - 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. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
 - cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

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 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 Contratuais.**
- 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, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d)** suicídio 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 aumentado;
 - e)** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g)** epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) 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.
- o) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- p) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- q) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 3.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

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

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** 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 Por Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença (DIHAD)

1. OBJETIVO

- 1.1** Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, proporcional ao período de internação do Segurado, 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.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” 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) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - h) “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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;

- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- j) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- k) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- l) cirurgias plásticas estéticas;
- m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- o) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;
- p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, 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;
- q) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- r) internações domiciliares (home-care);
- s) internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- t) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- u) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- v) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- w) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou não;
- x) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- y) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURO

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

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável,

observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

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.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

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

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

11.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1 O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

13.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- 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 enfermagem e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1** 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 do Segurado, em caso de sua hospitalização 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 “DEFINIÇÕES” 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 Acidente Pessoal, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- d) suicídio 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 aumentado;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;**
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;**
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- l) Acidente Vascular Cerebral;**
- 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.**
- n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**

- o) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- q) cirurgias plásticas estéticas;
- r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, se limitando a, espera para a realização de cirurgia; 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;
- s) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- t) Internações domiciliares (home-care);
- u) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- v) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- w) Danos estéticos;
- x) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;
- y) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- z) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- aa) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- bb) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- cc) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou não;
- dd) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- ee) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- ff) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

10.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1 O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas lesões.

12.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

12.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados.

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- 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 enfermagem e UTI;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Emprego, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1** 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 Contratuais.**
- 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 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1** Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d)** suicídio 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 aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(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 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 Contratuais.**
- 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.
- 1.3** A Indenização relativa à presente Cobertura não será deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4** Para fins desta Cobertura não haverá adiantamento do Capital Segurado.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1** **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d)** suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente..

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(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 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** Esta Cobertura garante os seguintes itens:
- a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.3** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1** Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de

contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

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 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;

- e) Suicídio 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 aumentado.

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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.
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 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.

9.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

9.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(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 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 Morte do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 Esta Cobertura garante os seguintes itens:

- a) **transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;**
- b) **tratamento das formalidades para liberação do corpo;**
- c) **registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;**
- d) **atendimento e organização do funeral;**
- e) **sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;**
- f) **carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;**
- g) **coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;**
- h) **ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;**
- i) **paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;**
- j) **cremação; e**
- k) **locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).**

1.3 O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

- 2.1.1** Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 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** Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d)** Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;

- e) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do proponente e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio 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 aumentado.

3.2 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7^º (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.
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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

4 CAPITAL SEGUADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

5 INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6 CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**
- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
 - b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice Coletiva.**

7 PRÊMIO

- 7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8 ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9 CARÊNCIA

- 9.1 **O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.**
- 9.2 **O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.**
- 9.3 **Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.**

10 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 10.1 Se a opção for pela prestação de serviços, o responsável por organizar o funeral deverá 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.
- 10.2 **O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.**
- 10.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
 - cópia da Certidão de Óbito;
 - notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado ou por um de seu familiar;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

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 de Assistência Funeral Familiar (AFAF)

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 Morte do Segurado principal ou de seus familiares, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.3 Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.4 O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.**
 - 2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.**
- 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. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- e) doenças e acidentes preexistentes do Segurado e familiares, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro de conhecimento dos proponentes e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio 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 aumentado.

3.2. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7^º (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.
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

- 3.3. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pelo Segurado, família ou terceiros e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado principal ou de seu familiar.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**
- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
 - b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice Coletiva.**

7. PRÊMIO

- 7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

- 9.1 **O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.**
- 9.2 **O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.**

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Se a opção for pela prestação de serviços, o Segurado, seus familiares ou terceiros responsáveis pelo funeral 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.

10.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

10.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado ou por um de seu familiar;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se

- realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

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 de Assistência Funeral Segurados Indicados (AFASI)

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 Morte de um dos segurados indicados pelo Segurado principal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2** As pessoas elegíveis a esta cobertura devem ser indicadas pelo segurado principal no momento da contratação do seguro, respeitando os limites de idade e número de indicações definidos em contrato.
- 1.3** Esta Cobertura garante os seguintes itens:
- a) **transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;**
 - b) **tratamento das formalidades para liberação do corpo;**
 - c) **registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;**
 - d) **atendimento e organização do funeral;**
 - e) **sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;**
 - f) **carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;**
 - g) **coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;**
 - h) **ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;**
 - i) **paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;**
 - j) **cremação; e**
 - k) **locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).**
- 1.4** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1** Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.
- 2.1.1** Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 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.** Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d)** Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;

- e) doenças e acidentes preexistentes dos segurados indicados, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro de conhecimento dos proponentes e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio 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 aumentado.

3.2. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- 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.
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

- 3.3. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pelo Segurado, família ou terceiros e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**
- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
 - b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice Coletiva.**

7. PRÊMIO

- 7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.2 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

- 9.1 **O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.**
- 9.2 **O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.**

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Se a opção for pela prestação de serviços, o Segurado, seus familiares ou terceiros responsáveis pelo funeral 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.

10.2 **O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.**

10.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado ou por um de seu familiar;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se

realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

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 de Assistência Funeral Segurados Indicados ou Familiar (AFASIF)

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 Morte de um dos segurados indicados pelo Segurado principal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. As pessoas elegíveis a esta cobertura podem ser indicadas pelo segurado principal no momento da contratação do seguro, respeitando os limites de idade e número de indicações definidos em contrato.
 - 1.2.1. Havendo a indicação dos segurados, esta cobertura estará restrita a estas pessoas, não sendo possível alterar para a opção funeral familiar.
- 1.3. Não havendo indicação expressa das pessoas elegíveis a esta cobertura pelo Segurado principal, estarão automaticamente segurados o Segurado principal e seus familiares.
 - 1.3.1. Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.4. Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

- h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;**
- i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;**
- j) cremação; e**
- k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).**

1.5. O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

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. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- e) doenças e acidentes preexistentes dos segurados indicados, do Segurado principal e de seus familiares, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro de conhecimento dos proponentes e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio 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 aumentado.

3.2. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7^º (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.
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

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

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1.** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice Coletiva.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Se a opção for pela prestação de serviços, o Segurado, seus familiares ou terceiros responsáveis pelo funeral 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.

10.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

10.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito;

- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado ou por um de seus familiares;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- endereço de e-mail do(s) beneficiário(s).

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 Adicional de Cesta Básica por Morte Acidental (CBM)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de Indenização, em decorrência de Morte Acidental, 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.**
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte Acidental.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3.2 As alíneas “p” e “q” da presente Cobertura, são riscos excluídos quando contratados conjuntamente com a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

- 7.1** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em globo terrestre.

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

- 9.1.** 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.

- 9.1.1.** 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.

- 9.2.** 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.

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

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

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

10.1. 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.

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

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

11.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de Acidente

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do(s) Beneficiário(s).

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, em decorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, 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.**
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético;

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

- d) suicídio 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 aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- 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;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, 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.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**

6.1.1 **Para o Segurado:**

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em globo terrestre.

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

9.1 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.

9.1.1 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.

9.2 **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.**

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

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

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

10.1 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.

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

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

11.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Invalidez Permanente Total por Acidente

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- endereço de e-mail do Segurado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1 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 Desemprego Involuntário (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. A Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 60 (sessenta) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
- b) pedido de demissão pelo empregado;
- c) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- d) acordo entre empregado e empregador;
- e) dispensa do empregado por justa causa;
- f) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- h) prestação de Serviço Militar;
- i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
- j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- k) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- l) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

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, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. É de até 60 (sessenta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- endereço de e-mail do Segurado.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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 Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, quando da incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal regulamentado **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1.** Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25 das Condições Gerais.
- 2.2.** Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a)** Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b)** Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c)** 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;
 - d)** Suicídio 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 aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização feminina e masculina;
- i) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- j) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) Doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda ;
- o) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- q) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) 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.

- t) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- u) Entesopatia;
- v) Entorses, distensões, contusões;
- w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- x) Fraturas patológicas;
- y) Lesões Infra-articulares de joelho;
- z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- bb) Síndromes compressivas nervosas;
- cc) Diálises e hemodiálises;
- dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;
- ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;
- ff) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- kk) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

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, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1.** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1.** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

- 8.1.** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 9.1.** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

- 10.1.** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

- 10.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- endereço de e-mail do Segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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, tem função subsidiária.

Cobertura De Auxílio Complementar Por Incapacidade Temporária (ACIT)

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização complementar, quando da incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1.** Somente terá direito a esta garantia o Segurado com vínculo empregatício e registro em Carteira de Trabalho.
- 2.1.1.** Após um evento de Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.
- 2.2.** Retornando às suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício desta garantia em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data de seu retorno do último afastamento.
- 2.3.** Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa seja a mesma, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou**

- de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) 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;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o 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 aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
 - i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrida na vigência do seguro;
 - j) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
 - k) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - m) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - n) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - o) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - p) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético ; sistema nervoso, diabetes ; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem ; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda ;
 - q) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
 - r) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;

- s) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- t) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- u) 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;**
- v) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- w) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescrito por médico, em decorrência de risco coberto;**
- x) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto tratamento clínico ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;**
- y) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- z) doenças mentais ou psiquiátricas;**
- aa) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo conselho federal de medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;**
- bb) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;**
- cc) procedimentos não previsto no código brasileiro de ética médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia do Ministério da Saúde;**
- dd) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, devidamente comprovada.
- 4.3.** Em períodos inferiores a 30 (trinta) dias, além da franquia estabelecida no item 11. desta Cobertura, a indenização será paga de forma proporcional ao número de dias de afastamento.
- 4.4.** O período máximo de recebimento deste auxílio será estabelecido

contratualmente.

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, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1.** A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1.** Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

- 8.1.** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 9.1.** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre .

10. CARÊNCIA

- 10.1.** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

- 10.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

- 11.1.** É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do afastamento temporário do Segurado, que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa, comprovada mediante relatório médico.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 12.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do Segurado;
- Comprovante de pagamento do prêmio;
- Cópias autenticadas do Laudo Médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento de Auxílio-Doença;
- endereço de e-mail do Segurado.

- 12.2.** Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1.** 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, tem 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 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. GARANTIAS

- 3.1.** Todas as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, desde que contratadas pelo Segurado, poderão ser extensivas ao Cônjuge e serão estabelecidas contratualmente obedecendo as mesmas disposições definidas para o Segurado nas respectivas Coberturas, 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 garantia 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).

- 7.1.1.** 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.

- 7.2.** 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.

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.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no **item 9.1.1** acima, a garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

- a)** na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o **item 2.1** acima.
- b)** na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta Cobertura” de cada uma das Coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) garantia(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. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. CARÊNCIA

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

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

13.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. 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 Acidental 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. GARANTIAS

- 3.1. As garantias 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 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

- 8.1.1.** 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

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no **item 8.1.1** acima, a garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o **item 2.1** acima

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta Cobertura” de cada uma das Coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) garantia(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, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. CARÊNCIA

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

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

12.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física)

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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.

Seguro Zurich Compra Protegida - RD



Índice

Condições Gerais.....	3
Cláusula 1ª - Definições.....	3
Cláusula 2ª – Objetivo Do Seguro.....	8
Cláusula 3ª - Bens Seguráveis.....	8
Cláusula 4ª - Riscos Cobertos.....	10
Cláusula 5ª – Riscos Excluídos.....	10
Cláusula 6ª – Forma De Contratação.....	11
Cláusula 7ª - Custeio Do Seguro.....	11
Cláusula 8ª - Cálculo Do Prejuízo E Indenização.....	11
Cláusula 9ª - Limite Máximo De Indenização E Limite Máximo De Garantia Da Apólice...	12
Cláusula 10 – Reparo E Reposição.....	12
Cláusula 11 – Franquia.....	13
Cláusula 12 – Carência.....	13
Cláusula 13 - Salvados.....	13
Cláusula 14 - Atualização De Valores.....	14
Cláusula 15 - Providências Em Caso De Sinistro.....	15
Cláusula 16 - Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação.....	15
Cláusula 17 - Perda De Direitos.....	16
Cláusula 18 - Cancelamento E Rescisão.....	18
Cláusula 19 - Cláusula De Concorrência De Apólices.....	19
Cláusula 20– Reintegração.....	21
Cláusula 21 – Recolhimento E Pagamento Do Prêmio.....	21
Cláusula 22 - Suspensão E Reabilitação Do Seguro.....	22
Cláusula 23 - Sub-Rogação De Direitos.....	23
Cláusula 24 – Prescrição.....	23
Cláusula 25 – Aceitação, Alterações, Vigência E Renovação Do Seguro.....	23
Cláusula 26- Beneficiários.....	25
Cláusula 27 - Obrigações Do Estipulante.....	25
Cláusula 28 – Obrigações Do Segurado.....	26
Cláusula 29 - Material De Divulgação.....	27
Cláusula 30 – Custos Não Compreendidos no Seguro.....	27
Cláusula 31 – Âmbito Geográfico Da Cobertura.....	27
Cláusula 32 – Foro.....	27

Cláusula 33 – Disposições Finais.....	27
Cláusula 34 – LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	27
Condições Especiais	29
Cobertura de Danos Materiais	29
Cláusula 1ª – Definições	29
Cláusula 2ª - Objetivo Do Seguro	29
Cláusula 3ª - Adesão De Segurados	29
Cláusula 4ª – Bens E Objetos Não Compreendidos Pelo Seguro	30
Cláusula 5ª - Riscos Cobertos.....	30
cláusula 6ª - riscos excluídos	31
Cláusula 7ª – Carência	32
Cláusula 8ª – Franquia	32
Cláusula 9ª –Reparo E Reposição	32
Cláusula 10 - Vigência Do Risco Individual	33
Cláusula 11 – Documentos Básicos Para Análise De Sinistro.....	33
Cláusula 12- Ratificação	34
Cobertura Preço Protegido	35
Cláusula 1ª – Definições	35
Cláusula 2ª - Objetivo Do Seguro	35
Cláusula 3ª - Adesão De Segurados	35
Cláusula 4ª - Riscos Cobertos	35
Cláusula 5ª - Riscos Excluídos	36
Cláusula 6ª – Franquia	37
Cláusula 7ª – Limite Máximo De Indenização E Reintegração De Capital.....	37
Cláusula 8º - Vigência Do Risco Individual	37
Cláusula 9º – Documentos Básicos Para Análise De Sinistro	37
Cláusula 10 - Ratificação	38

Condições Gerais

Cláusula 1ª - Definições

Para efeito das disposições da apólice ficam convencionadas as seguintes definições:

Acessório	Item adicional ou suplementar, que se acrescenta ao objeto, sem fazer parte integrante do mesmo.
Ameaça de Extorsão Eletrônica	Uma ameaça ou série de ameaças feitas para introduzir um Vírus de Computador para causar perdas a Ativos Digitais .
Apólice	Contrato do seguro – documento que a Seguradora emite, com um nº próprio de identificação, após a aceitação do risco proposto pelo Segurado ou Estipulante. A apólice discrimina as coberturas contratadas e condições aplicáveis.
Ataque de Negação de Serviço	É um ataque maldoso feito por uma parte autorizada ou não autorizada, o qual é criado para dificultar ou interromper completamente uma parte autorizada a obter acesso aos Sistemas de Computador e <i>site</i> do Segurado .
Ativos Digitais	São Dados Eletrônicos , programas, <i>software</i> , e arquivos de imagem e som. Na medida em que existam como Dados Eletrônicos e apenas neste formato, Ativos Digitais incluem os seguintes: contas, faturas, comprovantes de dívida, dinheiro, papéis valiosos, registros, resumos, escrituras, manuscritos, Informações Pessoais e outros documentos.
Avaria	Dano causado ao bem segurado.
Aviso de Sinistro	Comunicação de ocorrência de sinistro, ou de evento que possa resultar em tal, que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tiver conhecimento.
Carência	É o período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir do início da vigência da cobertura individual ou da recondução, no caso de suspensão de cobertura, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado não terá direito à percepção do limite máximo de indenização contratado e a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Certificado de Seguro	Documento que o Segurado recebe no momento da compra do produto junto ao Estipulante e que serve como comprovante de cobertura.
Cobertura	Proteção contra determinado evento conferida ao Segurado de acordo com as condições da apólice.
Condições Contratuais	Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.
Condições Especiais	É um conjunto de cláusulas contratuais suplementares às Condições Gerais que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem existir dentro de um mesmo plano.

Condições Gerais	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante e que definem as características gerais do seguro. Estas Condições Gerais poderão ser alteradas pelas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e pelo Contrato, desde que sejam ratificadas e incluídas na Apólice. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto integrante da apólice, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.
Condições Particulares	É o conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.
Corretor	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguros, podendo representar os interesses do Segurado junto à Seguradora.
Culpa Grave	Forma de culpa que mais de aproxima ao dolo, porém sem intenção de causar prejuízo, mesmo resultando em sérias consequências ou mesmo tragédias, ainda que assumidas.
Dados Cadastrais	São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta ou adesão ao seguro e todas as movimentações da apólice deverão conter, conforme segue: 1. Estipulante ou Segurado - Pessoa Jurídica: a) Denominação ou razão social; b) Atividade principal desenvolvida; c) Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); d) Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD. 2. Segurado - Pessoa Física: a) Nome completo; b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); c) Número da Nota Fiscal de venda do produto segurado ou do Certificado de seguro; d) Limite Máximo de Indenização; e) Início de Vigência.
Dados Eletrônicos	Dados, informações, programas, código ou instruções de qualquer espécie que forem gravados ou transmitidos em forma utilizável em equipamentos eletrônicos ou equipamentos eletronicamente controlados, Sistemas de Computador, redes, circuitos integrados ou dispositivos similares em equipamentos que não sejam computadores.
Dano Material	Dano físico à propriedade e/ou patrimônio tangível.

Dano Moral	Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.
Dolo	É o ato praticado por vontade deliberada e que produz dano. <u>Assim como a culpa grave, faz parte dos riscos excluídos do seguro e, se comprovado, cancela automaticamente a cobertura, sem direito à restituição de prêmio pago.</u>
Endosso ou Aditivo	Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma.
Estipulante	Pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação em vigor, sendo identificado como estipulante- instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio. No Seguro Zurich Compra Protegida, o estipulante pode ser a pessoa jurídica que comercializa os produtos ou por ela designada, contrata o seguro e possui interesse econômico nos bens segurados ou que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
Franquia	Valor, inclusive percentual, determinado na apólice, calculado na data do sinistro, até o qual parte ou todo o prejuízo de um evento coberto pela apólice fica sob a responsabilidade do Segurado.
Indenização	Pagamento pecuniário, reposição ou reparação devida pela Seguradora ao Segurado ou aos seus beneficiários em decorrência de sinistro coberto pela apólice.
Indenizações Punitivas	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante (“Punitive Damages”). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.
Informações Pessoais	São quaisquer informações a partir das quais uma pessoa possa ser singularmente e confiavelmente identificados ou contatados, incluindo o nome de uma pessoa, seu número de telefone, email, número de seguridade social, dados médicos, dados de saúde, ou outras informações de saúde protegidas, número do CNH, número de identificação estadual, número de conta, número de cartão de crédito, número de cartão de débito, código de acesso ou senha que possam permitir acesso à conta financeiro de tal pessoa ou outras informações pessoais não públicas.
Limite Máximo de Garantia da Apólice (LMG)	É o valor máximo a ser pago pela Seguradora com base na apólice, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da mesma, abrangendo uma ou mais coberturas contratadas. Esse limite não representa, em qualquer hipótese, pré-

avaliação do(s) objeto(s) ou do(s) interesse(s) segurado(s).

Limite Máximo de Indenização (LMI)	Valor estabelecido pelo Segurado para garantir as perdas decorrentes dos riscos cobertos para cada uma das coberturas indicadas na apólice. É o valor máximo a ser pago pela Seguradora com base nesta apólice, resultante de um determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da mesma e garantidos pela cobertura contratada. Esse limite não representa, em qualquer hipótese, pré-avaliação do(s) objeto(s) ou interesse(s) segurado(s). O valor da indenização a que o segurado terá direito, com base nas condições desta apólice, não poderá ultrapassar o valor do(s) objeto(s) ou do(s) interesse(s) segurado(s) no momento do sinistro, independente de qualquer disposição constante desta apólice. A escolha dos Limites Máximos de Indenização, bem como a solicitação da atualização dos mesmos em função da modificação do Valor em Risco dos bens cobertos, é de exclusiva responsabilidade do Segurado. Em todo sinistro, o respectivo Limite Máximo de Indenização por Cobertura ficará reduzido do mesmo valor da indenização paga.
Objeto do Seguro	Designação genérica de qualquer interesse que se possa segurar, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações ou garantias.
Perda Total	Ocorre a perda total do objeto segurado quando o mesmo se torna, de forma definitiva, impróprio ao uso a que era destinado. Para o reconhecimento da perda total, o prejuízo coberto deve importar em pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do valor do bem.
Prejuízo	Valor que representa as perdas sofridas pelo Segurado em um determinado sinistro. A responsabilidade da Seguradora estará sempre limitada aos prejuízos efetivamente amparados pelas coberturas contratadas na apólice, que são os Prejuízos Indenizáveis, e ao Limite Máximo de Indenização contratado.
Prêmio	Preço do seguro. É o valor pago pelo Segurado à Seguradora para que ela assuma os riscos contratados. O prêmio líquido é o preço do seguro antes de somar-se ao mesmo o custo de emissão da Seguradora (custo de apólice), o IOF (imposto sobre operações financeiras) e os juros de parcelamento.
Prêmio Periódico	Valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada na proposta ou no bilhete.
Prêmio Único	Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado.
Prescrição	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Proponente:	É a pessoa que propõe a contratação ou a sua adesão à apólice e que passará à condição de Estipulante ou Segurado somente após aceitação da proposta pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, ou seu Corretor de Seguros, expressa o interesse de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma proposta.
Proposta de Adesão	É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação do seguro sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Regulação de Sinistro	É o processo através do qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Segurado ou por seus beneficiários para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Remanufaturado/Recondicionado	São produtos onde os componentes que sofreram desgaste são substituídos ou reparados, atendendo as mesmas especificações de projeto de um produto novo.
Risco	Evento futuro e incerto, que independe da vontade das partes (Segurado e Segurador) e cuja ocorrência acarreta prejuízo ao Segurado.
Salvados	São os bens ou partes dos bens que possam ser resgatados de um sinistro e que ainda possuem valor econômico, mesmo que parcialmente danificados pelos efeitos do sinistro.
Segurados	São os consumidores que tenham adquirido os bens cobertos nos termos desta apólice.
Seguro a Primeiro Risco Absoluto	Tipo de contratação através do qual a Seguradora responde integralmente pelos prejuízos indenizáveis, até o montante dos Limites Máximos de Indenização de cada cobertura, respeitado o Limite Máximo de Garantia da Apólice e a franquia, não se aplicando, em qualquer hipótese, cláusula de rateio.
Sistema(s) de Computador	São hardware de computadores, dispositivos de entrada e saída associados, equipamentos de rede, componentes, servidores de arquivos, equipamentos de processamento de dados, memória de computador, microchips, microprocessadores (chips de computadores), circuitos integrados ou dispositivos similares em equipamentos de computador, programas, software de computador, ou sistemas operacionais.
Subestipulante	É a pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estipulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando, igualmente, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estipulante, entenda-se também Sub- Estipulante, quando houver.
Sub-rogação	Direito que a lei confere à Seguradora que pagou uma indenização ao Segurado de assumir seus direitos contra os terceiros

responsáveis pelos prejuízos.

Valor em Risco	Valor total dos bens segurados no estado em que se encontravam antes da ocorrência de um sinistro (valor dos bens no seu estado de novo).
Valor Material Intrínseco	Valor do custo do material e mão-de-obra necessários para a confecção de um bem, sem se considerar qualquer valor artístico.
Vigência da Cobertura	É o período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.
Vírus de Computador	Quaisquer instruções de programação maliciosas, códigos ou dados, incluindo, entre outros, programas destrutivos, códigos de computador, <i>worms</i> , bombas lógicas, ataques <i>smurfs</i> , vandalismos, cavalos de troia ou quaisquer outros dados introduzidos em qualquer sistema eletrônico que afeta a operação ou a funcionalidade de Sistemas de Computador .

Cláusula 2ª – Objetivo Do Seguro

O presente seguro tem por objetivo garantir, até o limite máximo de indenização por cobertura contratada, o pagamento de indenização, reparo, ressarcimento ou reembolso dos prejuízos resultantes da ocorrência de evento coberto, nos termos dessas Condições Gerais, das cláusulas das coberturas contratadas, das Condições Especiais e das demais condições contratuais.

Cláusula 3ª - Bens Seguráveis

Este seguro garantirá, observadas e respeitadas as condições contratuais, bens que possam ser enquadrados nas classes a seguir relacionadas e que estejam ratificados na apólice.

3.1. Classes de Produtos:

A	Instrumentos Musicais	Instrumentos de Corda, Amplificador, Bateria, Instrumentos de Percussão, Piano, Teclado, Acordeão, Instrumentos de Sopro etc.
B	Informática e Jogos	Notebook, Net book, Desktop, Impressora, Monitor de Vídeo, Scanner, Palmtop, HD Externo, Roteador, Modem, Vídeo Games, Webcam etc.
C	Telefonia Fixa e Celular	Celular, Smartphone, Walkie-talkie (rádio transceptor de dois pontos), Aparelho Fixo com ou sem Fio, Fac-símile, Identificador de Chamada, Central Telefônica e PABX, Aparelho de Áudio ou Vídeo Conferência, Secretária Eletrônica etc.
D	Câmeras e Filmadoras	Câmera Digital, Filmadora, Binóculos, Luneta etc.
E	Eletrônicos de Áudio e Vídeo	Televisor Convencional ou Slim, Televisor LED, Televisor Plasma, Televisor LCD, Televisor 3D, Telão de Projeção, Home Theater, Conversor de Sinal Digital, DVD Player,

		CD Player, Receiver, Gravador de DVD, Blu-ray Player, Micro System, Mini System, Som Portátil, Rádio Relógio, Toca Fita, Ipod, MP3, MP4, Karaokê, Babá-Eletrônica, Porta Retrato Digital etc.
F	Eletrrodomésticos	Adega e Cave para Vinho, Aquecedor de Ar, Coifa, Condicionador de Ar, Depurador ou Exaustor, Freezer Vertical ou Horizontal, Fogão a gás, Fogão Elétrico, Cooktop, Forno, Lavadora de Roupas, Secadora de Roupas, Tanquinho, Centrífuga de Roupas, Lavadora de Louças, Máquina de Gelo, Micro-ondas, Refrigerador de 1 ou 2 portas, Frigobar, Refrigerador Side by Side etc.
G	Eletrrodomésticos Portáteis	Aspirador de Pó, Batedeira Elétrica, Bebedouro Elétrico, Cafeteira Elétrica Convencional ou de Expresso, Calculadora Científica ou Financeira, Churrasqueira Elétrica, Circulador de Ar, Enceradeira Elétrica, Espremedor Elétrico, Ferro Elétrico, Fragmentadora de Papel Elétrica, Fritadeira Elétrica, Grill Elétrico, Lavadora de Pressão, Liquidificador, Máquina de Costura, Máquina de Pão, Mini Forno Elétrico, Mixer, Panela Elétrica, Processador de Alimentos, Purificador de Água Elétrico, Sanduicheira, Torradeira, Ventilador de Mesa/Chão/Teto et
H	Acessórios de Vestuário	Bolsa, Carteira, Óculos de Grau, Óculos de Sol, Tênis etc.
I	Automotivos	Alto falante Automotivo, Som Automotivo, DVD Automotivo, GPS, Pneu, Roda, Capacete, Cadeirinha Infantil, Travas e Alarmes etc.
J	Artigos Esportivos	Bicicleta, Bicicleta Ergométrica, Esteira Ergométrica, Simulador de Caminhada, Skate, Patins, Patinete, Prancha de Surf etc.
K	Utilidades Domésticas	Conjunto de Panelas, Faqueiro, Cooler para Bebidas, Rechaud, Cofre, Ducha Elétrica etc.
L	Beleza, Saúde e Perfumaria	Perfume, Barbeador Elétrico, Depilador Elétrico, Secador de Cabelo, Prancha e Chapinha, Umidificador de Ar, Inalador, Medidor Eletrônico de Pressão etc.
M	Joias e Presentes	Relógio de Parede, Relógio de Pulso, Despertador, Caneta Tinteiro, Joias, Objetos de Decoração (exceto obras de arte) etc.
N	Brinquedos	Autorama e Ferrorama, Brinquedos Eletrônicos, Triciclos, Notebook Infantil, Carrinho de Bebê etc.
O	Ferramentas Elétricas	Compressor de Ar, Esmerilhadeira, Furadeira, Lixadeira, Parafusadeira, Plaina, Serra, Cortador de Grama, etc.

3.2. Os bens que não podem ser incluídos neste seguro são discriminados nas cláusulas das coberturas específicas.

Cláusula 4ª – Riscos Cobertos

Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice, com a indicação dos respectivos Limites Máximos de Indenização.

Cláusula 5ª – Riscos Excluídos

Além das limitações e riscos excluídos descritos em cada uma das coberturas contratadas, excluem-se do presente seguro quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por resultantes de, ou para os quais tenham contribuído:

- 5.1. Reação nuclear, radiações ionizantes ou contaminação por radioatividade de qualquer combustível ou resíduo nuclear, combustão de material nuclear, material de armas nucleares ou qualquer processo autossustentador de fissão nuclear;
- 5.2. Invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra, guerra química, guerra bacteriológica, insurreição, rebelião, motim, revolução, conspiração, nacionalização, confisco ou ato de autoridade civil ou militar ou usurpadores de autoridade ou atos de qualquer pessoa que esteja agindo por parte de ou em ligação com qualquer organização cujas atividades visem a derrubada, pela força, do Governo ou instigar a queda do mesmo por meio de quaisquer atos;
- 5.3. Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 5.4. Quaisquer atos ou fenômenos da natureza;
- 5.5. Atos de autoridades públicas, salvo se para evitar a propagação de riscos cobertos pelo presente seguro;
- 5.6. Apropriação ou destruição por força de regulamentos alfandegários;
- 5.7. Qualquer tipo de responsabilidades de fornecedores ou fabricantes perante o Segurado;
- 5.8. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparada ao dolo, atos propositais, fraude, má fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro;
- 5.9. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má fé, ação ou omissão dolosa praticada pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes legais, ou por seus prepostos, quer sejam eles empregados em tempo integral, temporários ou de empresas prestadoras de serviço contratadas, incluindo fraude ocasionada por ou como consequência das relações de trabalho com o Estipulante, inclusive negligência em usar de todos os meios comprovadamente ao seu alcance para evitar os prejuízos cobertos, durante ou após a ocorrência de qualquer sinistro;
- 5.10. Danos morais e indenizações punitivas;

- 5.11. Quaisquer ocorrências, falhas ou defeitos pré-existentes à data de início de vigência das coberturas contratadas e que já eram de conhecimento do Segurado, independentemente de serem ou não de conhecimento da Seguradora;
- 5.12. Tumulto, greve ou lock-out (cessação da atividade por ato ou fato do empregador);
- 5.13. Danos ou prejuízos causados a terceiros;
- 5.14. Vírus Eletrônicos;
- 5.15. Perda, dano, despesa, custo, falha, distorção, corrupção, exclusão, cópia, degradação, desaparecimento ou mau funcionamento dos Ativos Digitais do Segurado, por qualquer motivo que seja, incluindo, entre outros, qualquer acesso não autorizado, uso indevido, uso negligente, erro, Vírus de Computador, ou Ataque de Negação de Serviço, realizados através dos seguintes meios: rede de computadores, dispositivo com acesso à internet, ou Sistema de Computadores. Independentemente de qualquer outra causa ou evento que contribua simultaneamente ou em qualquer sequência à perda;
- 5.16. Perda, dano, despesa ou custo devidos por qualquer Ameaça de Extorsão Eletrônica, independentemente de qualquer outra causa ou evento que contribua simultaneamente ou em qualquer sequência à perda.

Cláusula 6ª – Forma De Contratação

As coberturas deste seguro são a primeiro risco absoluto.

Cláusula 7ª - Custeio Do Seguro

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 7.1. Não contributivo, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 7.2. Contributivo, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

Cláusula 8ª - Cálculo Do Prejuízo E Indenização

- 8.1. Para determinação dos prejuízos indenizáveis, de acordo com as condições expressas nestas Condições Gerais e na Apólice, será tomado por base o Valor do bem, ou seja, o custo de reposição, por reparo ou por substituição, e, se mencionados na apólice, o abatimento da franquia.
- 8.2. O cálculo da indenização seguirá o seguinte critério:
 - a. (+) Prejuízo Apurado
 - b. (-) Valor da Franquia
 - c. (=) Valor da Indenização, limitada ao Limite Máximo de Indenização da Cobertura contratada.
- 8.3. A indenização a que o Segurado terá direito, com base nas condições deste seguro, não poderá ultrapassar o preço da aquisição de um bem, igual ou similar, no dia e local da indenização do sinistro.
- 8.4. Desde que haja saldo do Limite Máximo de Indenização da cobertura em que o sinistro ocorrer, a seguradora indenizará as despesas necessárias e comprovadas

com o salvamento dos bens cobertos durante ou após a ocorrência do sinistro, bem como os danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

Cláusula 9ª - Limite Máximo De Indenização E Limite Máximo De Garantia Da Apólice

- 9.1. O limite máximo de indenização (LMI) para cada uma das coberturas contratadas será definido na Apólice.
- 9.2. **Os limites máximos de indenização contratados poderão sofrer atualizações ou recálculos, bem como os respectivos prêmios, desde que expressamente convencionado nas demais condições da apólice.**
- 9.3. O Limite Máximo de Garantia da Apólice (LMG) representa o valor máximo a ser indenizado pela Seguradora em decorrência de um ou mais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice.
- 9.4. Em caso de sinistro, o Segurado não poderá alegar excesso de verba em qualquer cobertura para compensar eventual insuficiência de outra.
- 9.5. **A soma de todas as indenizações pagas pelo presente seguro, em todos os sinistros, não poderá exceder ao Limite Máximo de Garantia da Apólice, mesmo no caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, ficando a mesma automaticamente cancelada quando tal limite for atingido.**
- 9.6. O segurado, a qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso, para alteração dos limites contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora sua aceitação e alteração do prêmio, quando couber.

Cláusula 10 – Reparo E Reposição

- 10.1. Em caso de contratação da cobertura de Danos Materiais, e, ocorrendo dano coberto, a Seguradora irá providenciar o conserto do bem objeto do seguro, a fim de repô-lo no estado em que se encontrava imediatamente antes do sinistro, limitado ao valor do bem na data do sinistro e respeitado o limite máximo de indenização contratado.
- 10.2. Caso não seja possível o conserto previsto no subitem 10.1 destas condições, a Seguradora poderá providenciar, de acordo com o estabelecido na apólice e respeitada as demais condições contratuais, a reposição do bem por modelo idêntico, com mesmo valor, marca e especificação, podendo a reposição ocorrer por aparelho remanufaturado ou recondicionado, a critério da Seguradora, ou, na hipótese de tratar-se de bem não mais produzido, retirado ou em falta no mercado, haverá reposição de bem de valor equivalente ao bem sinistrado ou pagamento de indenização equivalente ao valor do bem na data de sinistro e respeitado o limite máximo de indenização contratado.
- 10.3. Em nenhum caso a Seguradora será responsável por quaisquer alterações ou melhorias quando da reparação ou reposição do bem sinistrado, que resultem em aumento do valor a ser indenizado, ainda que o Limite Máximo de Indenização não tenha sido atingido.

Cláusula 11 – Franquia

Quando houver franquia estabelecida na apólice fica entendido que a Seguradora indenizará, observados os termos das condições contratadas, somente o valor que exceder à referida franquia, limitado ao Limite Máximo de Indenização.

Cláusula 12 – Carência

Os riscos a que este seguro se refere poderão estar sujeitos a carência, que, se houver, será estabelecida na apólice e no certificado de seguro.

Cláusula 13 – Salvados

- 13.1. Em caso de ocorrência de evento que atinja os bens relacionados na apólice, não poderá o Segurado deixá-los ao abandono, ficando sob sua responsabilidade tomar, imediatamente, todas as providências cabíveis no sentido de protegê-los e de minorar os prejuízos.
- 13.2. A Seguradora poderá providenciar o melhor aproveitamento dos salvados, ficando, no entanto, entendido e acordado que quaisquer medidas tomadas por ela não implicarão no reconhecimento da obrigação de indenizar.
- 13.3. Após a indenização apurada nos termos da Cláusula 8ª dessas condições, os salvados entregues pelo Segurado ao Estipulante passarão a ser propriedade da Seguradora, não podendo o Estipulante dispor deles sem expressa autorização da mesma.
- 13.4. Fica entendido e acordado que quaisquer medidas tomadas pela Seguradora não implicarão reconhecer-se ela obrigada a indenizar os danos ocorridos.
- 13.5. As peças e produtos trocados e todos os seus acessórios e documentação, após a indenização, passarão a pertencer a Seguradora.
- 13.6. As despesas com as medidas de contenção ou de salvamento não estão previstas no produto e/ou nas coberturas.
- 13.7. Não estão compreendidos na(s) cobertura(s) concedida(s) pelo presente seguro os custos abaixo mencionados decorrentes de:
 - a) Conserto, atendimentos, inspeção e avaliação técnica do(s) bem(ns) que não apresentar(em) defeito e/ou dano coberto(s) pelo seguro;
 - b) Serviços de instalação ou desinstalação, montagem ou desmontagem, reapertos ou alinhamentos, manutenção de caráter periódico ou preventivo do(s) bem(ns).
 - c) Qualquer alteração no(s) bem(ns) ou se o mesmo for utilizado de maneira não recomendada pelo Fabricante;
 - d) Empréstimo de um bem(ns) reserva no período de conserto do bem, quando aplicado;
 - e) Remoção do(s) bem(ns) para conserto, salvo nos casos previstos nas condições contratuais do seguro;
 - f) Dano a propriedade, bem como, lesão ou morte de qualquer pessoa que decorra de manuseio, operação, conservação ou uso do(s) bem(ns), esteja ou não relacionado com as partes, peças ou componentes cobertos por este seguro.
 - g) Custos e qualquer responsabilidade por perda de uso, tempo, lucro, inconveniência ou qualquer outra perda do Proponente e/ou de terceiros
 - h) As despesas com as medidas de contenção ou de salvamento

Cláusula 14 - Atualização De Valores

14.1. Da Atualização Dos Valores Contratados

14.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.1.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

14.1.3. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e limite máximo de indenização.

14.1.4. Quando aplicável, o limite máximo de indenização e o prêmio será atualizado anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.

14.2. Da Atualização Das Obrigações Pecuniárias

14.2.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:

- a) No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- b) No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- c) No caso de recusa da proposta os valores serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 25 (vinte e cinco) dias.

14.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto na Cláusula - Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação, o valor da mesma será atualizado monetariamente conforme previsto em lei.

14.2.3. A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme prazos máximos previstos em legislação vigente.

14.2.3.1. A atualização monetária será conforme previsto no Parágrafo único do art. 389 do código civil: *“Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros, atualização monetária e honorários de advogado. (Redação dada pela Lei nº 14.905, de 2024) Produção de efeitos. Parágrafo único. Na hipótese de o índice de atualização monetária não ter sido convencionado ou não estar previsto em lei específica, será aplicada a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia*

e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo.”

Cláusula 15 - Providências Em Caso De Sinistro

15.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seu Representante, em formulário próprio de Aviso de Sinistro, por meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante.

15.2 O segurado e/ou seu beneficiário deve(m) tomar medidas para evitar ou minimizar prejuízos, avisar prontamente a seguradora e fornecer informações sobre o sinistro. O descumprimento doloso desses deveres resulta na perda do direito à indenização, enquanto o descumprimento culposos implica perda parcial.

15.3. Da comunicação referida no item 15.1 desta cláusula deverão constar: data, hora, local, causa do sinistro e outras informações relevantes.

15.4. A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar à Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme Cláusula 16 - Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação destas Condições Gerais.

Cláusula 16 - Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação

- 16.1. O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após terem sido relatadas pelo Segurado ou seu representante as circunstâncias da ocorrência do sinistro, apuradas suas causas, comprovados os valores a indenizar e o direito a recebê-los, cabendo ao Segurado prestar toda a assistência para que isso seja concretizado.
- 16.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
- 16.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro correm por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas ou autorizadas pela Seguradora.
- 16.4. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como cópia da certidão de abertura ou o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido.
- 16.5. Para uma rápida regulação do sinistro envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos especificados nos textos das mesmas, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos, conforme legislação vigente.
- 16.6. As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura.

16.7. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro (como, por exemplo, notas fiscais de produtos) poderão ser, mediante solicitação, devolvidos ao Segurado ou aos beneficiários.

- a. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro, acompanhados de todos os elementos e documentos a respeito da existência de cobertura.
- b. A seguradora poderá solicitar documento(s) complementar(s), de forma justificada, conforme determinado em legislação vigente.
- c. Solicitados documentos complementares, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se conforme estabelecido em legislação vigente, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- d. Em caso de recusa da cobertura securitária, esta deve ser expressa e motivada, não podendo a seguradora inovar posteriormente o fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- e. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.
- f. Durante o processo de liquidação do Sinistro, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares, conforme previsto em Legislação vigente.

16.9. No caso do não pagamento da indenização no prazo previsto no item anterior, o valor da mesma deverá ser atualizado monetariamente.

18.1.1. A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme prazos máximos previstos em legislação vigente.

18.1.2. Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:

- a) Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- b) Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.

16.8. O valor da indenização a que o Segurado terá direito, com base nas condições deste seguro, não poderá ultrapassar o valor do bem segurado no momento do sinistro, independentemente de qualquer disposição constante das condições contratuais.

16.9. **Para pagamento de indenização, aplicar-se-á, também, o disposto na Cláusula 21 – Recolhimento E Pagamento Do Prêmio destas Condições.**

Cláusula 17 - Perda De Direitos

17.1. **Sem prejuízo do que consta nas demais Cláusulas destas Condições Gerais e**

do que em lei esteja previsto, o Segurado, por si ou por seu representante e/ou o estipulante perderão todo e qualquer direito com relação ao presente Contrato nos seguintes casos:

- 17.1.1. Se agravarem intencionalmente o risco.
- 17.1.2. Se fizerem declarações falsas, ou, por qualquer meio, procurarem obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere este contrato.
- 17.1.3. Recusarem-se a apresentar a documentação que seja exigida e indispensável à comprovação da reclamação de indenização apresentada ou para levantamento dos prejuízos.
- 17.1.4. Se deixarem de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro.
- 17.1.5. Se, por si, por seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros, prestarem qualquer declaração inexata ou omitirem informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo da obrigação do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado ou do usuário, a seguradora poderá:
 - I. Na hipótese da não ocorrência de sinistro:
 - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.
 - II. Na hipótese da ocorrência de sinistro sem indenização integral:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;
 - III. Na hipótese da ocorrência de sinistro com indenização integral, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.
- 17.1.6. Se transferirem direitos e obrigações dos bens segurados a terceiros sem prévia anuência da Seguradora;
- 17.1.7. Se o sinistro for devido a dolo ou culpa grave equiparável ao dolo do Segurado, do Estipulante, de seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais ou de seus respectivos beneficiários ou representantes legais;
- 17.1.8. Se for constatada fraude ou má fé do Segurado, do Estipulante, de seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais ou de seus respectivos beneficiários ou representantes legais;
- 17.1.9. Se deixarem de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato.

17.2. O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.

- 17.2.1. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.
- 17.2.1.1. O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto na Cláusula 28 e seus subitens, perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 17.2.1.2. O segurado que culposamente descumprir o dever previsto na Cláusula 28 e seus subitens fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a um tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.
- 17.2.2. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.2.3. Sob pena de perder o direito a indenização, o Segurado participará o sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

Cláusula 18 - Cancelamento E Rescisão

O presente seguro será cancelado nos seguintes casos:

- 18.1. Para cada Segurado individualmente:
- 18.1.1. Quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Garantia do certificado de seguro não tendo o Segurado direito a qualquer restituição de prêmio, desde que não seja aplicada à reintegração do limite máximo de indenização, conforme Cláusula 20 e definição constante nas condições particulares do seguro;
- 18.1.2. Mediante solicitação do Segurado ao Estipulante;
- 18.1.3. Em decorrência da extinção da relação entre o Segurado e o Estipulante nas formas acordadas entre os mesmos;
- 18.1.4. Decorrido o prazo para o pagamento do prêmio de Seguro junto ao Estipulante, conforme cláusula 22.2.
- 18.1.5. Em caso de recebimento de indenização por sinistro coberto;
- 18.1.6. Mediante acordo entre as partes contratantes, através de solicitação escrita da parte que tomou a iniciativa - Segurado ou Seguradora, situação em que a Seguradora restituirá ao Segurado a parte do prêmio líquido recebido, proporcional ao tempo não decorrido, a contar da data do cancelamento até a data em que a contratação do seguro individual completasse sua vigência.
- 18.2. Para o Estipulante, interrompendo-se o oferecimento do seguro e inclusões de

novos Segurados:

- 18.2.1. Mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, a qualquer tempo, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Independentemente da origem do cancelamento, a Seguradora continuará garantindo os certificados comercializados em período anterior ao do cancelamento, até a consumação de suas vigências;
- 18.2.2. Por falta de pagamento do prêmio à Seguradora, conforme Cláusula 21 – Recolhimento E Pagamento Do Prêmio destas condições, sem prejuízo do direito à indenização dos Segurados que possuam certificados vigentes.
- 18.3. No caso de cancelamento do contrato, os valores devidos a título de devolução de prêmio, se houverem, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, e sujeitam-se a atualização monetária nos termos da Cláusula 14 – Atualização De Valores destas Condições Gerais.
- 18.4. Em qualquer das situações acima, não será devida a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice), do IOF (imposto sobre operações financeiras) e dos juros de parcelamento, processando-se o cálculo sobre o prêmio líquido da apólice.

Cláusula 19 - Cláusula De Concorrência De Apólices

- 19.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as sociedades seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.
- 19.2. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro será constituído pela soma das seguintes parcelas:
 - a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
 - b) valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
 - c) danos sofridos pelos bens segurados.
- 19.3. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
- 19.4. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
 - 19.4.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;
 - 19.4.2. Será calculada a “indenização individual ajustada” da cobertura, na

forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o item 19.4.1 desta cláusula.

19.4.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 19.4.2 desta cláusula;

19.4.4. Se a quantia a que se refere o item 19.4.3. desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

19.4.5. Se a quantia estabelecida no item 19.4.3. for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele item.

19.5. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade seguradora na indenização paga.

19.6. Salvo disposição em contrário, a sociedade seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

19.7. Sob pena de não lhe caber qualquer direito previsto nesta apólice, o Segurado se obriga a:

- a) Declarar a Seguradora a existência de quaisquer outros seguros que garantam, contra os mesmos riscos, os bens cobertos por esta apólice; e
- b) Comunicar imediatamente à Seguradora a efetivação posterior de outros seguros definidos na alínea anterior.

Cláusula 20– Reintegração

- 20.1. A reintegração de Limite Máximo de Indenização após a ocorrência do sinistro poderá ser aplicada ou não conforme definido nas Condições Particulares do seguro.
- 20.1.1. Caso seja aplicada, a reintegração poderá ser facultativa, mediante cobrança de prêmio adicional, calculado a partir da data de ocorrência do sinistro até o término de vigência do contrato, ou automática, conforme definido nas Condições Particulares do seguro.

Cláusula 21 – Recolhimento E Pagamento Do Prêmio

- 21.1. O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 21.2. O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.
- 21.3. O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente, através do(s) de cobrança ou outros documentos de arrecadação que a Seguradora ou o Estipulante emitam contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.
 - 21.3.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou parceladamente, mediante acordo entre as partes.
 - 21.3.2. Constará explicitamente dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, o prêmio do seguro, a seguradora responsável e obrigatoriamente, quando for o caso, as seguintes informações:
 - a) Que a falta de pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio até a data do vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro e consequentemente do certificado individual, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial; e
 - b) que a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da Cláusula de Recolhimento e Pagamento do Prêmio constante nas condições contratuais do seguro, e observando o conteúdo da cláusula 18.1.4.
 - 21.3.3. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 21.4. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:

- I. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;
 - II. Mensalmente, ou nos períodos indicados na apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endorosso e a data limite para o pagamento;
 - III. A data limite para pagamento do prêmio à vista ou da 1ª parcela do fracionamento, se houver, não poderá ultrapassar o prazo definido no documento de cobrança, certificado ou outro documento que resulte na cobrança do prêmio.
- 21.5. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 21.6. Nos sinistros de seguros com prêmios fracionados, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio, sejam da apólice ou de endossos, serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 21.7. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 21.8. Fica vedada a cobrança ao Segurado, a título de seguro, de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 21.9. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

Cláusula 22 - Suspensão E Reabilitação Do Seguro

- 22.1. Quando a forma de pagamento do Prêmio do seguro for mensal ou fracionada e o valor do Prêmio de seguro das demais parcelas, **seguintes a primeira**, não for(em) quitado(s) até a data estabelecida para o pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão válidas pelo período de 15 (quinze) dias, contados a partir da comunicação. Esse período de 15 (quinze) dias será classificado como “Período de Tolerância”.
- 22.2. Durante este período, haverá Cobertura para eventuais Sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do Prêmio devido, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos ou Perda de Direito a indenização, ficando facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 22.3. Após decorrido o prazo de 15 (quinze) dias, como disposto acima, o seguro ficará com a cobertura suspensa por até 30 (trinta) dias, **a partir das 24 (vinte e quatro) horas do encerramento do prazo do “Período de Tolerância, e seus**

Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

- 22.4. A cobertura suspensa conforme item 22.3, será reabilitada após o pagamento do prêmio que deve ocorrer antes do encerramento do prazo do período de suspensão previsto nas condições contratuais do seguro. Fica facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 22.5. A reabilitação da(s) cobertura(s) do seguro se dará(s) a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.
- 22.6. Decorrido o prazo total de 45 (quarenta e cinco) dias da data de vencimento, conforme regra(s) disposta(s) nos subitens acima, sem que o pagamento do(s) prêmio(s) previsto(s) tenha(m) sido efetuado(s), o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.

Cláusula 23 - Sub-Rogação De Direitos

A Seguradora, pelo pagamento da indenização, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do Segurado ou do Estipulante contra aqueles que por atos, fatos ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados ou para eles concorrido, podendo exigir do Segurado ou do Estipulante, em qualquer tempo, os documentos hábeis para o exercício desses direitos;

Conforme definido nos parágrafos 1º e 2º artigo 786 do Código Civil:

“§ 1º Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o dano foi causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins.

§ 2º É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere este artigo”

Cláusula 24 – Prescrição

Decorridos os prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro, opera-se a prescrição.

Cláusula 25 – Aceitação, Alterações, Vigência E Renovação Do Seguro

- 25.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 25.2. A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, cabendo à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 25.3. No caso de seguro para produto, quando a contratação ocorrer em momento diferente da aquisição do bem, a sua aceitação poderá estar condicionada à realização de vistoria prévia do mesmo.

- 25.4. A seguradora terá até 25 (vinte e cinco) dias para aceitar ou recusar uma proposta de seguro, seja para um novo contrato, renovação ou alteração que implique mudança de risco.
- 25.5. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta, após decorrido o prazo, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 25.6. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta. Neste caso, o prazo de aceitação previsto neste item ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 25.7. A solicitação de documentos poderá ser feita conforme legislação vigente.
- 25.8. No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora fará a comunicação formal ao Segurado, especificando os motivos da recusa.
- 25.9. A apólice emitida em nome do Estipulante, os certificados individuais e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 25.10. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da proposta.
- 25.11. O seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes término da vigência do certificado de Seguro, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento nas Condições Contratuais.
- 25.12. **A renovação automática prevista no item anterior e renovações posteriores poderá(ão) ocorrer conforme legislação vigente.**
- 25.13. Para a Renovação de seguro, serão utilizadas as informações constantes no certificado de Seguro em vigor. Se ocorrer qualquer alteração, o Segurado, seu Representante Legal ou seu Corretor de Seguros deverão informar a Seguradora para análise de risco.
- 25.14. O segurado e/ou seu beneficiário deve(m) tomar medidas para evitar ou minimizar prejuízos, avisar prontamente a seguradora e fornecer informações sobre o sinistro. O descumprimento doloso desses deveres resulta na perda do direito à indenização, enquanto o descumprimento culposos implica perda parcial.
- 25.15. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 25.16. O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.
- 25.17. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.
- 25.18. O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto na cláusula Obrigações Do Segurado e seus subitens, perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela

seguradora.

- 25.19. O segurado que culposamente descumprir o dever previsto na cláusula Obrigações Do Segurado e seus subitens fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder à tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.
- 25.20. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

Cláusula 26- Beneficiários

Salvo disposição em contrário na apólice ou nas demais condições contratuais, o beneficiário das coberturas deste seguro será o próprio Segurado.

Cláusula 27 - Obrigações Do Estipulante

- 27.1. Além das previstas em outras cláusulas das condições contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:
- 27.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
- 27.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
- 27.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- 27.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no subitem 21.5. da Cláusula 21 - Recolhimento E Pagamento Do Prêmio, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
- 27.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 27.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 27.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de cosseguro.
- 27.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao

- grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 27.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
- 27.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
- 27.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 27.2. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 27.3. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:
- 27.3.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
- 27.3.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 27.3.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
- 27.3.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 27.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura conforme Cláusula 22 e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.
- 27.5. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Cláusula 28 – Obrigações Do Segurado

O Segurado, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se a:

- a) Fornecer à Seguradora, no momento da contratação do seguro, seus dados completos, de forma a possibilitar seu perfeito cadastro, inclusive para fins de cobrança e cobertura do seguro contratado;
- b) Comunicar à Seguradora, por escrito e o mais rápido possível, a ocorrência de qualquer sinistro;
- c) Fornecer à Seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como os documentos necessários à apuração dos prejuízos e determinação da indenização;
- d) Cumprir as disposições estabelecidas nas Condições Gerais e demais obrigações constantes nas condições contratuais do seguro.

Cláusula 29 - Material De Divulgação

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

Cláusula 30 – Custos Não Compreendidos no Seguro

- 30.1. Não estão compreendidos na cobertura concedida pelo presente seguro os custos abaixo mencionados decorrentes de:
- a) Conserto, atendimentos, inspeção e avaliação técnica do(s) bem(ns) que não apresentar(em) defeito e/ou dano coberto(s) pelo seguro;
 - b) Serviços de instalação ou desinstalação, montagem ou desmontagem, reapertos ou alinhamentos, manutenção de caráter periódico ou preventivo do(s) bem(ns).
 - c) Qualquer alteração no(s) bem(ns) ou se o mesmo for utilizado de maneira não recomendada pelo Fabricante;
 - d) Empréstimo de um bem(ns) reserva no período de conserto do bem, quando aplicado;
 - e) Remoção do(s) bem(ns) para conserto, salvo se previstos nas condições contratuais do seguro;
 - f) Dano a propriedade, bem como, lesão ou morte de qualquer pessoa que decorra de manuseio, operação, conservação ou uso do(s) bem(ns), esteja ou não relacionado com as partes, peças ou componentes cobertos por este seguro.
 - g) Custos e qualquer responsabilidade por perda de uso, tempo, lucro, inconveniência ou qualquer outra perda do Proponente e/ou de terceiros
 - h) As despesas com as medidas de contenção ou de salvamento.

Cláusula 31 – Âmbito Geográfico Da Cobertura

Salvo expressa menção em contrário na apólice, as coberturas concedidas por este seguro são restritas ao território brasileiro.

Cláusula 32 – Foro

Para dirimir qualquer dúvida deste contrato prevalecerá o foro de domicílio do Segurado. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

Cláusula 33 – Disposições Finais

- 33.1. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 33.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 33.3. Os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

Cláusula 34 – LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

- 34.1. O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como, para o **fim único** da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.
- 34.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.
- 34.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com.
- 34.4. A SEGURADORA **garante e assume** o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>

Condições Especiais

Cobertura de Danos Materiais

Esta cobertura integra o Seguro Zurich Compra Protegida e não pode ser apresentada sem o acompanhamento das Condições Gerais do mencionado seguro.

Cláusula 1ª – Definições

Para efeito das disposições desta cobertura ficam convencionadas as seguintes definições:

Bens	Para fins deste seguro são considerados os bens de natureza patrimonial incluídos na apólice, observados os bens não compreendidos no seguro e os riscos excluídos.
Dano	É todo prejuízo material sofrido pelo segurado, passível de indenização, de acordo com a cobertura contratada e demais condições contratuais. Esta cobertura trata exclusivamente do dano ao bem incluído na apólice.
Desgaste Natural	Consumo de um bem causado pelo uso.
Imperícia	É a incapacidade, a falta de habilidade específica para a realização de uma atividade técnica ou científica, não levando, o agente, em consideração o que sabe ou deveria saber. A imperícia se revela pela ignorância, inexperiência ou inabilidade sobre a arte ou profissão que pratica. É uma forma culposa que gera responsabilidade civil e/ou criminal pelos danos causados.
Quebra Acidental	Partir, romper ou fragmentar objeto por meio de choque ou golpe não intencional, tornando-o inutilizável.

Cláusula 2ª - Objetivo Do Seguro

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, indenizar ou reembolsar o beneficiário indicado por prejuízos consequentes de danos materiais sofridos pelos bens incluídos na apólice, decorrentes dos riscos cobertos ratificados na mesma.

Cláusula 3ª - Adesão De Segurados

Poderão aderir ao presente seguro:

- A pessoa jurídica que pretenda comercializar seus produtos com garantia de seguro coberta por estas condições, observadas as condições de aceitação estabelecidas na apólice.
- A pessoa física ou jurídica cliente do Estipulante ou vinculada a este, que esteja enquadrada nas condições de aceitação estabelecidas na apólice.

Cláusula 4ª – Bens E Objetos Não Compreendidos Pelo Seguro

Os bens a seguir relacionados não podem ser garantidos por esta cobertura de danos materiais:

- 4.1. Bens de terceiros, recebidos em depósito, consignação ou garantia;
- 4.2. Bens infungíveis, tais como raridades, antiguidades, coleções, peles, obras e quaisquer objetos de arte, quaisquer objetos e conteúdos de bens cobertos cujo valor seja de cunho estimativo ou não mensurável;
- 4.3. Programas, sistemas operacionais, microprocessadores e softwares de qualquer natureza;
- 4.4. Bens consumíveis, tais como pilhas, baterias, cartuchos de tinta, lâmpadas, borrachas, filtros e outros;
- 4.5. Valores e papéis que representem valores, inclusive selos, vales-compra e vales refeição, alimentação e combustível; documentos; moldes, modelos e projetos de valor orçado pelo segurado ou por terceiros;
- 4.6. Materiais de papelaria, livros, fitas, disquetes, discos, CD´s, DVD´s, pen-drives e quaisquer outros dispositivos de armazenamento portátil;
- 4.7. Vestuário pessoal, roupas de cama, mesa e banho;
- 4.8. Animais de qualquer espécie;
- 4.9. Plantas de qualquer espécie;
- 4.10. Veículos movidos a motor que exijam Carteira Nacional de Habilitação para condução;
- 4.11. Alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal e de limpeza;
- 4.12. Quaisquer espécies de armamentos e acessórios para armas;
- 4.13. Imóveis, materiais da construção civil e materiais de acabamento de imóveis;
- 4.14. Produtos adquiridos para revenda;
- 4.15. Bens cuja posse não possa ser comprovada mediante apresentação de Nota ou Cupom Fiscal.

Cláusula 5ª - Riscos Cobertos

- 5.1. Estão cobertos os danos materiais de causa externa, de origem súbita, imprevista e acidental, sofridos pelos bens incluídos na apólice e que os torne inutilizáveis, **ocasionados apenas pelas causas ratificadas na mesma**, dentre as seguintes:
 - 5.1.1. Quebra causada por queda ou colisão;
 - 5.1.2. Derramamento de líquidos ou imersão em substância líquida;
 - 5.1.3. Explosão, fumaça e incêndio ou uso de meios para extinguir incêndio;

- 5.1.4. Dano elétrico em aparelhos elétricos e eletrônicos, exclusivamente se causado por curto-circuito decorrente de ligação acidental entre dois pontos do circuito a tensões diferentes, dando origem a uma elevada intensidade de corrente. Não está coberto o dano elétrico nas formas descritas no item 6.18 desta cobertura;
- 5.1.5. Desmoronamento de paredes, muros, vigas, colunas, lajes e tetos.
- 5.2. A cobertura é devida para eventos ocorridos durante a vigência do seguro individual, após o período de carência e descontada a franquia, quando aplicáveis, exceto se decorrentes dos riscos excluídos.

cláusula 6ª - Riscos Excluídos

Além das exclusões constantes da Cláusula 5ª - Riscos Excluídos aplicáveis às coberturas previstas nestas condições, e, observado o disposto na Cláusula 17 - Perda De Direitos, ambas as cláusulas integrantes das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído:

- 6.1. Danos ambientais, danos físicos ao imóvel, danos imateriais, danos morais, danos corporais e danos pessoais;
- 6.2. Danos indiretos, inclusive os danos emergentes, tais como deterioração de matéria-prima, perda de vida útil, multas, juros e outros encargos financeiros decorrentes do sinistro;
- 6.3. Quaisquer danos ocasionados por fonte não acidental;
- 6.4. Danos de causas internas em geral, originados pelo próprio funcionamento do bem segurado, incluindo os danos decorrentes de desarranjo, de defeito de material, de erro ou falha de fabricação ou de execução de produtos, falta de lubrificação ou manutenção;
- 6.5. Quaisquer danos estéticos, incluindo arranhões em superfícies polidas ou pintadas, que não afetem a funcionalidade total do bem;
- 6.6. Danos decorrentes de instalação, quando esta estiver sob responsabilidade do estabelecimento que comercializou o produto;
- 6.7. Defeitos e falhas causadas por programas, sistemas, microprocessadores, aplicativos e softwares (programas utilizados ou a serem utilizados em equipamentos computadorizados) de qualquer natureza;
- 6.8. Deterioração e danos causados por ação da temperatura, umidade, oxidação e ferrugem a que estiverem expostos o bem;
- 6.9. Queda de raio, condições climáticas, chuvas, tempestades, tornados, vendaval, granizo, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e quaisquer outros fenômenos e convulsões da natureza;
- 6.10. Danos causados por rompimento de encanamento ou rede de esgoto;
- 6.11. Vício intrínseco, depreciação, deterioração e desgaste natural do bem;
- 6.12. Danos consequentes de limpeza, inspeção, ajustamento, lubrificação, conservação, reparo, alinhamento ou manutenção;

- 6.13. Danos parciais ou em peças, partes e componentes do bem, que, por si só, não causem a inutilização do mesmo;
- 6.14. Danos ocasionados ao bem enquanto estes estejam sob a custódia ou em poder do Estipulante, do fabricante, de courier, mensageiro, serviço postal ou em trânsito, qualquer que seja o destino;
- 6.15. Danos causados ao bem enquanto estes estejam instalados, provisória ou definitivamente, em veículos, embarcações ou aeronaves;
- 6.16. Danos ao bem ocasionados por imperícia, do Segurado ou de terceiros;
- 6.17. Danos em quaisquer acessórios do produto, adquiridos isoladamente ou conjuntamente, quando não incluídos na apólice;
- 6.18. Dano elétrico de causa externa em aparelhos elétricos e eletrônicos, causado por calor gerado acidentalmente por eletricidade devido a variações anormais de tensão, descargas elétricas e outros fenômenos similares, inclusive decorrentes de fenômenos da natureza;
- 6.19. Danos decorrentes do uso de equipamentos ou quaisquer outros complementos não autorizados pelo fabricante do bem;
- 6.20. Falhas e defeitos existentes ou acidentes ocorridos antes do início de vigência do seguro;

Cláusula 7ª – Carência

- 7.1. Os riscos garantidos por esta cobertura poderão estar sujeitos à carência.
- 7.2. O prazo de carência, se aplicado, será fixado na apólice e não excederá metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 7.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 7.4. Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de proposta de adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário na apólice.
- 7.5. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 7.6. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas na apólice.

Cláusula 8ª – Franquia

Este seguro está sujeito à fixação de franquia, que será estabelecida na apólice em valor fixo ou percentual.

Cláusula 9ª –Reparo E Reposição

- 9.1. Em caso de sinistro coberto, a Seguradora autorizará o conserto do bem segurado, de forma a possibilitar que o mesmo volte a funcionar normalmente e repô-lo no estado em que se encontrava imediatamente antes do sinistro, limitado ao valor do bem na data do sinistro e respeitado o limite máximo de indenização contratado.

- 9.2. Dependendo do valor do orçamento do conserto ou quando não for possível efetuar o reparo do bem sinistrado previsto no subitem 9.1 desta Cobertura, a Seguradora poderá providenciar a reposição do bem por modelo igual ou similar, podendo a reposição ocorrer por aparelho remanufaturado ou reconicionado, a critério da Seguradora.
- 9.3. Em caso de sinistro de bens segurados que estejam fora de linha, isto é, que deixaram de ser fabricados ou cuja empresa fabricante tenha encerrado suas atividades no Brasil, os mesmos serão reparados e/ou substituídos por peças ou produto similar ainda em linha, podendo a substituição ocorrer por peças ou produto remanufaturado ou reconicionado, a critério da Seguradora. O valor desse produto não poderá ultrapassar o valor do bem na data do sinistro.
- 9.4. Na hipótese de não ser possível a indenização nas formas descritas nos subitens 9.1, 9.2 e 9.3 destas Condições, a Seguradora indenizará ao Beneficiário o valor equivalente ao valor do bem na data do sinistro, limitado ao valor máximo estabelecido para a cobertura na apólice.
- 9.5. Nos casos em que houver a necessidade de reposição do Bem Segurado, o certificado de seguro será automaticamente cancelado.
- 9.6. Nos casos que a soma das indenizações atingir o Limite Máximo de Indenização, o certificado de seguro poderá ser automaticamente cancelado, respeitado a aplicação ou não da reintegração conforme definido nas condições contratuais.
- 9.7. Se expresso na apólice e de acordo com as disposições nela estabelecidas, o bem adquirido em reposição ao bem danificado poderá ser incluído no seguro.
- 9.8. Cada bem coberto será considerado como um risco individual, não podendo o Segurado, em caso de sinistro, alegar excesso de verba referente a outros bens que porventura tenham cobertura de seguro na mesma apólice para compensar eventual insuficiência de verba para reposição do bem sinistrado.

Cláusula 10 - Vigência Do Risco Individual

- 10.1 O período de cobertura individual deverá ser estabelecido na apólice e no Certificado Individual, não podendo, entretanto, exceder a data do término da vigência da apólice coletiva.
- 10.2 Será determinado na apólice o período de vida útil máximo que o bem deve ter para que possa ser incluído no seguro.

Cláusula 11 – Documentos Básicos Para Análise De Sinistro

Em complemento à Cláusula 16 – Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro: documento oficial de registro, comunicando o evento de sinistro ocorrido, contendo data, hora, local, descrição detalhada e causa do sinistro ou tipo de sinistro/evento.
- b) Nota Fiscal ou Cupom Fiscal: documento oficial de registro, necessário para confirmar a titularidade e/ou autenticidade do produto. Solicitada em casos nos quais o número do IMEI no produto físico não está compatível com o IMEI que consta no sistema;
- c) Certificado / Bilhete de Seguro: documento oficial de registro, onde é validado as informações sobre a contratação do seguro;
- d) Laudo do fabricante ou assistência técnica: necessário para reparo demonstrando o

custo de reparo ou impossibilidade de recuperação do bem;

- e) Bloqueio do IMEI ou Identidade Internacional de Equipamento Móvel;
- f) Termo de doação com firma reconhecida: documento oficial de registro (quando o aparelho não estiver em nome do segurado)

Adicionalmente pode(m) ser necessário o(s) seguinte(s) procedimento(s)

- a) **Comprovante de Endereço Beneficiário:** Necessário conforme regulamentação SUSEP para pagamentos em espécie, **quando aplicado**;
- b) **Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta):** Cópia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
- c) **RG e CPF ou CNH:** Necessário para confirmação de identidade e efetivação de pagamentos em espécie, **quando aplicado**;
- d) E-mails de notificação da Apple relativos a desconexão da conta icloud (esse material é exclusivo para todos os aparelhos da marca Apple);
- e) **Declaração Termo Assinada:** Documento do segurado autenticado em cartório ou eletronicamente autorizando o pagamento a outro favorecido. Deve conter os dados (nome e RG) da pessoa indicada, **quando aplicada**.

A Zurich se reserva do direito de solicitar ainda:

- a) Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- b) Selfie do segurado e/ou terceiro declarado com favorecido ou ainda de ambos, portanto o documento de identificação (documento pessoal) com foto
- c) Comprovante de endereço original (atual) em nome do segurado titular do seguro. Não serão aceitos documentos em nome de terceiros, ainda que exista grau de parentesco;
- d) Declaração pessoal manuscrita pelo segurado e/ou demais envolvidos e/ou entrevista com ambos.

- a)
- b) A seguradora poderá solicitar o envio do bem para uma assistência técnica, a fim de que seja elaborado o laudo técnico e o orçamento.

Cláusula 12- Ratificação

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas pelas cláusulas desta cobertura.

Cobertura Preço Protegido

Esta cobertura integra o Seguro Zurich Compra Protegida e não pode ser apresentada sem o acompanhamento das Condições Gerais do mencionado seguro.

Cláusula 1ª – Definições

Para efeito das disposições desta cobertura ficam convencionadas as seguintes definições:

Atacadista	Estabelecimento que vende apenas grandes quantidades de produtos iguais ou similares.
Loja Franca	Comércio localizado em locais delimitados dentro de um país, onde se comercializam mercadorias nacionais e estrangeiras não sujeitas às tarifas alfandegárias e impostos normais.
Loja Virtual	Loja domiciliada na Internet (rede global de computadores interligados, que permite acesso a todo tipo de informação e a todo tipo de transferência de dados) onde é feito todo o processo de oferta e compra de produtos (anúncio, escolha, pagamento). O produto é entregue na residência do cliente.
Varejista	Estabelecimento comercial que vende produtos em unidades ou pequenas quantidades.

Cláusula 2ª – Objetivo Do Seguro

Sendo ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos na mesma e observadas as demais condições contratuais, o reembolso ao Estipulante da diferença calculada entre o valor pago pelo Segurado por produto adquirido e preço menor encontrado no comércio nacional.

Cláusula 3ª – Adesão De Segurados

Poderão aderir ao presente seguro os proponentes que estejam enquadrados nas condições de aceitação estabelecidas na apólice.

Cláusula 4ª – Riscos Cobertos

- 4.1. Esta cobertura garante ao Segurado o reembolso da diferença positiva entre o preço original do produto novo adquirido durante a vigência deste seguro através de pagamento único por meio de cartão de débito ou de crédito, e preço inferior de produto idêntico encontrado posteriormente à data da compra em estabelecimento varejista localizado no mesmo município, no prazo máximo determinado na apólice, comprovado através de mídia impressa nacional, observadas as disposições desta cobertura e das demais condições contratuais.

- 4.2. Para comprovação da cobertura deste seguro serão aceitos exclusivamente os anúncios veiculados em Território Nacional através de jornais, revistas e materiais impressos que contenham, no mínimo:
- 4.2.1. Data de publicação, que deve ser posterior à data de compra do produto em até 07(sete) dias;
 - 4.2.2. Nome do estabelecimento anunciante - autorizado a revender produtos no Brasil - detentor do alegado preço inferior;
 - 4.2.3. Descrição detalhada do produto, que deve ser idêntico (marca, modelo, estrutura e especificações) ao comprado por preço superior pelo Segurado;
 - 4.2.4. Preço final de venda referente ao produto.

Cláusula 5ª - Riscos Excluídos

Além das exclusões constantes da Cláusula 5ª - Riscos Excluídos, aplicáveis à esta cobertura, e, observado o disposto na Cláusula 17 - Perda De Direitos, ambas as cláusulas integrantes das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos de cobertura:

- 5.1. Diferença de preço referente a impostos, taxas de entrega, custos de transporte e manuseio e outros custos não embutidos no preço anunciado do produto;
- 5.2. Produto adquirido por meios de pagamento que não contenham identificação do segurado, como dinheiro e depósitos bancários;
- 5.3. Produtos anunciados em município diferente daquele onde foi efetuada a compra do produto com valor inferior, ainda que em estabelecimento da mesma rede ou grupo;
- 5.4. Produtos anunciados em: data anterior à data da compra, mídia falada (rádio e televisão), promoções com número limitado de unidades à venda, promoções que reduzam o custo do produto em função da venda conjunta com outros produtos, promoções de prazo determinado (como estações do ano, festividades, início do calendário escolar, datas comemorativas), queimas de estoque, leilões, feirões, bazares, liquidações, atacadistas, lojas de acesso restrito a público determinado e vendas reservadas (em espaços públicos ou privados) a grupos (como associados de empresas, clubes e associações);
- 5.5. Produtos que somente possam ser adquiridos em lojas virtuais;
- 5.6. Produtos adquiridos por empregados ou proprietários e membros da família dos empregados ou proprietários do varejista onde o alegado preço inferior tenha sido constatado;
- 5.7. Produtos adquiridos em catálogos de venda, com consultor(a) ou por correspondência;
- 5.8. Produtos adquiridos em lojas francas localizadas em portos e aeroportos, as chamadas "duty free shop".
- 5.9. Produtos anunciados em sites de leilão ou qualquer forma de venda de consumidores para consumidores, ainda que sejam novos.

Cláusula 6ª – Franquia

Poderá ser estabelecida franquia em valor ou percentual para esta cobertura, na apólice, na proposta de adesão e no certificado individual.

Cláusula 7ª – Limite Máximo De Indenização E Reintegração De Capital

- 7.1. O Limite Máximo de Indenização devido pela Seguradora em decorrência de sinistro ocorrido durante a vigência da cobertura individual será determinado na proposta, na apólice e no certificado individual.
- 7.2. O certificado individual referente à cobertura de seguro será cancelado imediatamente após a ocorrência de sinistro, não existindo, portanto, reintegração do valor indenizado.

Cláusula 8ª - Vigência Do Risco Individual

O período de cobertura individual deverá ser estabelecido na apólice e no Certificado Individual, não podendo, entretanto, exceder a data do término da vigência da apólice coletiva.

Cláusula 9ª – Documentos Básicos Para Análise De Sinistro

9.1. Em complemento à Cláusula 16 – Prova Do Sinistro E Documentos Para Regulação das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Estipulante deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro: documento oficial de registro, comunicando o evento de sinistro ocorrido, contendo data, hora, local, descrição detalhada e causa do sinistro ou tipo de sinistro/evento.
- b) Nota Fiscal ou Cupom Fiscal: documento oficial de registro, necessário para confirmar a titularidade e/ou autenticidade do produto. Solicitada em casos nos quais o número do IMEI no produto físico não está compatível com o IMEI que consta no sistema;
- c) Certificado / Bilhete de Seguro: documento oficial de registro, onde é validado as informações sobre a contratação do seguro;
- d) Recibo de Pagamento original, contendo identificação do comprador (nº do cartão de crédito ou de débito), data da compra, descrição e valor do produto;
- e) Anúncio impresso original, publicado em mídia nacional, contendo no mínimo: data da publicação, nome do anunciante vendedor, descrição detalhada do produto e preço final de venda.

9.2. Adicionalmente pode(m) ser necessário o(s) seguinte(s) procedimento(s)

- a) **Comprovante de Endereço Beneficiário:** Necessário conforme regulamentação SUSEP para pagamentos em espécie, **quando aplicado**;
- b) **Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta):** Cópia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
- c) **RG e CPF ou CNH:** Necessário para confirmação de identidade e efetivação de pagamentos em espécie, **quando aplicado**;
- d) E-mails de notificação da Apple relativos a desconexão da conta icloud (esse

material é exclusivo para todos os aparelhos da marca Apple);

- e) **Declaração Termo Assinada:** Documento do segurado autenticado em cartório ou eletronicamente autorizando o pagamento a outro favorecido. Deve conter os dados (nome e RG) da pessoa indicada, **quando aplicada**.

A Zurich se reserva do direito de solicitar ainda:

- a) Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- b) Selfie do segurado e/ou terceiro declarado com favorecido ou ainda de ambos, portanto o documento de identificação (documento pessoal) com foto
- c) Comprovante de endereço original (atual) em nome do segurado titular do seguro. Não serão aceitos documentos em nome de terceiros, ainda que exista grau de parentesco;
- d) Declaração pessoal manuscrita pelo segurado e/ou demais envolvidos e/ou entrevista com ambos.

9.3. As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura.

9.4. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro (como, por exemplo, notas fiscais de produtos) poderão ser, mediante solicitação, devolvidos ao Segurado ou aos beneficiários.

Em caso de negativa, os documentos originais, mesmo relacionados ao seguro, serão devolvidos ao Segurado ou aos beneficiários.

Cláusula 10 - Ratificação

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas pelas cláusulas desta cobertura.