

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO TEMPORÁRIO
SUSEP Nº 10.005843/99-51

1. DEFINIÇÕES	5
2. OBJETIVO DO SEGURO	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. CONTRATAÇÃO	9
6. FORMAS DE CONTRATAÇÃO DO CAPITAL	9
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	9
8. CAPITAL SEGURADO	10
9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	10
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
11. VIGÊNCIA E COBERTURA DO RISCO INDIVIDUAL	11
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	11
13. EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS	12
14. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO	12
15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO	12
16. QUALQUER ALTERAÇÃO NESTE CONTRATO DE SEGURO DEVERÁ SER FORMALIZADA POR DOCUMENTO ESCRITO, COM A CONCORDÂNCIA DAS PARTES CONTRATANTES E SERÁ SUBMETIDO ÀS MESMAS REGRAS DE ACEITAÇÃO DO SEGURO, COM POSTERIOR EMISSÃO DO RESPECTIVO ENDOSSO, SE FOR O CASO	13
17. REAVALIAÇÃO NA TAXA DO SEGURO	13
18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	13
19. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	14
20. PERDA DE DIREITO AO CAPITAL SEGURADO	14
21. MODIFICAÇÕES DE RISCO	15
22. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	15
23. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	15
24. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	15
25. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	16
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	16
27. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	16
28. DO FORO	16
29. DISPOSIÇÕES FINAIS	17

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE - IEA

1. DEFINIÇÕES	18
2. OBJETIVO DA COBERTURA	18
3. RISCOS COBERTOS	18
4. RISCOS EXCLUÍDOS	18
5. CAPITAL SEGURADO	18
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA	18
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	18
8. TAXA	18
9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	18
10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	19
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	19
12. DISPOSIÇÕES FINAIS	19

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. DEFINIÇÕES	20
2. OBJETIVO DA COBERTURA	20
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	20
4. ACUMULAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	21
5. MAJORAÇÃO DE MEMBROS	21
6. RISCOS COBERTOS	21
7. RISCOS EXCLUÍDOS	21
8. CAPITAL SEGURADO	22
9. INÍCIO DE VIGÊNCIA	22
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA	22
11. TAXA	22
12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	22
13. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	22
14. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	22
15. DISPOSIÇÕES FINAIS	22

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. DEFINIÇÕES	23
2. OBJETIVO DA COBERTURA	23
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	23
4. ACUMULAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	24
5. RISCOS COBERTOS	24
6. RISCOS EXCLUÍDOS	24
7. CAPITAL SEGURADO	24

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	24
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	24
10. TAXAS.....	24
11. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	24
12. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	25
13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	25
14. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	25

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA - AED

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	26
2. RISCOS COBERTOS.....	26
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
4. CAPITAL SEGURADO.....	27
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	27
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	27
7. TAXA.....	27
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	27
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	27
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	27
11. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	27

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	28
2. RISCOS COBERTOS.....	28
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	30
4. CAPITAL SEGURADO.....	30
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	30
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	30
7. TAXA.....	30
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	30
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	31
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	31
11. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	31

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	32
2. RISCOS COBERTOS.....	32
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
4. CAPITAL SEGURADO.....	32
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	32
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	32
7. TAXA.....	32
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	32
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	33
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	33
11. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	33

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	34
2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS.....	34
3. FORMAS DE INCLUSÃO.....	34
4. RISCOS COBERTOS.....	34
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
6. CAPITAL SEGURADO.....	34
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	34
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	34
9. TAXAS.....	34
10. BENEFICIÁRIO DO SEGURO.....	34
11. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	34
12. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	35
13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	35
14. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	35

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	36
2. FORMAS DE INCLUSÃO.....	36
3. RISCOS COBERTOS.....	36
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	36
5. CAPITAL SEGURADO.....	36
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	36
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	36

8. TAXAS	36
9. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	36
10. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	37
11. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	37
12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	37
13. DISPOSIÇÕES FINAIS	37

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA	38
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	38
3. RISCOS COBERTOS	38
4. RISCOS EXCLUÍDOS	38
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	38
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	38
7. PRAZO DE CARÊNCIA	38
8. DO REEMBOLSO	38
9. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	38
10. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	39
11. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	39
12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	39
13. DISPOSIÇÕES FINAIS	39

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA	41
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	41
3. RISCOS COBERTOS	41
4. RISCOS EXCLUÍDOS	41
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	41
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	41
7. DO REEMBOLSO	41
8. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	41
9. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	42
10. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	42
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	42
12. DISPOSIÇÕES FINAIS	42

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA	43
2. CAPITAL SEGURADO	43
3. RISCOS COBERTOS	43
4. RISCOS EXCLUÍDOS	43
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	43
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	43
7. TAXA	43
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	43
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	43
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	43
11. DISPOSIÇÕES FINAIS	44

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA	45
2. CAPITAL SEGURADO	45
3. RISCOS COBERTOS	45
4. RISCOS EXCLUÍDOS	45
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	45
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	45
7. TAXAS	45
8. BENEFICIÁRIOS	45
9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	45
10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	45
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	45
12. DISPOSIÇÕES FINAIS	45

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA	47
2. CAPITAL SEGURADO	47
3. RISCOS COBERTOS	47
4. RISCOS EXCLUÍDOS	47
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	47
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	47
7. PRAZO DE CARÊNCIA	47
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	47

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	47
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	48
11. DISPOSIÇÕES FINAIS	48

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA	49
2. CAPITAL SEGURADO	49
3. RISCOS COBERTOS	49
4. RISCOS EXCLUÍDOS	49
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	49
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	49
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	49
8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	49
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	50
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	50

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

1. DEFINIÇÕES	51
2. OBJETIVO DA COBERTURA	51
3. RISCOS EXCLUÍDOS	51
4. CAPITAL SEGURADO	52
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	52
6. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	52
7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	53
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	53
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	53
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	53

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - RIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA	55
2. RISCOS EXCLUÍDOS	55
3. CAPITAL SEGURADO	56
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	56
5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	56
6. PAGAMENTO DA RENDA	56
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	57
8. LIMITE DE RENDA	57
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	57
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	57

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DECORRENTE DE ACIDENTE - RIT POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA	58
2. RISCOS EXCLUÍDOS	58
3. CAPITAL SEGURADO	58
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	59
5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	59
6. PAGAMENTO DA RENDA	59
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	59
8. LIMITE DE RENDA	60
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	60
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	60

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA	61
2. PERDA DE EMPREGO	61
3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	61
4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA	61
5. CARÊNCIA	61
6. COMPROVAÇÃO DA PERDA DE EMPREGO	61
7. PAGAMENTO DA RENDA	61
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	61
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	61
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	61

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA	62
2. CAPITAL SEGURADO	62
3. RISCOS EXCLUÍDOS	62
4. INÍCIO DE VIGÊNCIA	62
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA	62
6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	62
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	63
9. DISPOSIÇÕES FINAIS	63

1. DEFINIÇÕES

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos - Ler, doenças osteomculares 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 item 1.1.

1.2 Apólice

Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

1.3 Assistido

Pessoa física em gozo do recebimento do Capital Segurado sob a forma de renda.

1.4 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.5 Atividade Laborativa Principal

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

1.6 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica que terá direito ao recebimento do valor do Capital Segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.

1.7 Capital Segurado

É a importância máxima contratada a ser paga ao Segurado ou Beneficiário, quando da ocorrência do sinistro, de acordo com o valor estabelecido para cada cobertura, vigente na data do evento.

1.8 Certificado Individual

Documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

1.9 Coberturas

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.10 Comoriência

Será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.

1.11 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

1.12 Condições Especiais

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

1.13 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.14 Contrato

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

1.15 Corretor de Seguro

É o profissional, escolhido diretamente pelo Estipulante, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, mediante comissões estabelecidas na tarifa.

1.16 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Consequências
São as doenças ou lesões, de conhecimento do Segurado e não declaradas na contratação, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.17 Doença Profissional

São as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

1.18 Dolo

Má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

1.19 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor,

1.20 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.

1.21 Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

1.22 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

1.23 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante, respeitado o disposto no item 6.3.1, destas condições gerais, que estando em perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

1.24 Indenização

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.

1.25 Início de Vigência

Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

1.26 Médico-Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico-Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins.

1.27 Movimento de Faturas

1.27.1 É o documento pelo qual o Estipulante informa a Seguradora

as movimentações dos Segurados (inclusões e exclusões) e alterações de capitais segurados no decorrer do período de vigência.

1.27.2 Este documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.

1.28 Nota Técnica Atuarial

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

1.29 NYHA

Tabela funcional da *New York Hart Association* que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

1.30 Perícia Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.

1.31 Período de Cobertura

É o período fixado nas Condições Contratuais do Seguro durante o qual o Segurado ou seus Beneficiários terão direito às coberturas e/ou benefícios do seguro contratado.

1.32 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 de sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

1.33 Prêmio

Importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.

1.34 Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.35 Proponente

Pessoa, física ou jurídica, que pretende fazer o seguro, preenchendo e assinando uma proposta e, que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação.

1.36 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.

1.37 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.

1.38 Renda Certa

É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) Beneficiário(s) ou o próprio Segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.39 Risco Decorrido

É aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco já ter passado, sendo prestada a cobertura pela Seguradora

antecipadamente. O fato de não ter ocorrido o sinistro, ou seja, de não ter ocorrido evento coberto, não exime a obrigação de pagamento do prêmio.

1.40 Riscos Excluídos

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

1.41 Segurado Principal

É a pessoa física, que mantém vínculo com o Estipulante, respeitado o disposto no item 6.3.1 destas Condições Gerais, habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro, cujo limite de idade estará previsto nas Condições Contratuais do Seguro.

1.42 Segurado Dependente

Trata-se de cônjuge/companheiro(a) e os filhos do Segurado principal, regularmente incluídos no seguro. São considerados os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

1.43 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a Apólice e assume o risco de indenizar o Beneficiário/Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.44 Seguro Contributário

O prêmio é pago de forma integral pelos segurados.

1.45 Seguro Não Contributário

O prêmio é pago de forma integral pelo Estipulante, não havendo a participação do Segurado como contribuinte dos prêmios.

1.46 Seguro Parcialmente Contributário

O prêmio é pago parcialmente pelos segurados e Estipulante conforme os percentuais acordados entre as partes.

1.47 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro, expressamente previsto nas Condições Gerais e Contratuais do Seguro, cujo Capital Segurado será pago pela Seguradora, de acordo com os limites das coberturas contratadas.

1.48 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que os segurados, terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

1.49 Vigência do Seguro

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos previstos no item 4.

3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas dividem-se em básica e adicionais.

3.1 É considerada cobertura básica, podendo ser contratada isoladamente,

independentemente de quaisquer das coberturas adicionais:

a) Morte.

3.2 São consideradas coberturas adicionais:

- a) Indenização Especial por Acidente - IEA;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA;
 - a. Majoração de Membros;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA;
- d) Antecipação Especial por Doença - AED;
- e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD;
- f) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD;
- g) Inclusão de Cônjuge;
- h) Inclusão de Filhos;
- i) Assistência Funeral por Morte- Doença ou Acidente;
- j) Assistência Funeral por Morte - Acidente;
- k) Rescisão Contratual;
- l) Cesta Básica;
- m) Auxílio Funeral - Doença ou Acidente;
- n) Auxílio Funeral - Acidente;
- o) Diárias por Incapacidade Temporária - DIT;
- p) Renda por Incapacidade Temporária por acidente ou doença - RIT;
- q) Renda por Incapacidade temporária decorrente de Acidente - RIT por Acidente;
- r) Perda de Emprego; e
- s) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - DMHO

3.2.1 As coberturas contratadas estarão especificadas nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2.2 Cada cobertura adicional estará vinculada às respectivas Condições Especiais do Seguro.

3.3 Para que seja possível a contratação de quaisquer das coberturas adicionais prevista no item 3.2 é obrigatória a contratação da cobertura básica.

3.4 As coberturas contratadas deverão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado, não sendo permitida a exclusão de eventuais coberturas individualmente.

3.5 O Capital Segurado da cobertura básica de Morte não é cumulativo com os capitais segurados das coberturas adicionais de Antecipação Especial por Doença(AED) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença(IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença(ILPD).

3.6 O Capital Segurado da cobertura de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

3.7 O Capital Segurado da cobertura básica para inclusão de cônjuge e filhos não poderá ser superior ao do Segurado Principal.

3.8 Quando da contratação do seguro e durante a vigência da Apólice, não poderão ser contratadas simultaneamente pelo mesmo Segurado as seguintes coberturas:

- a) A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) A cobertura adicional de Antecipação Especial por Doença com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- c) A cobertura adicional de Antecipação Especial por Doença com a cobertura adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença;
- d) A cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença com a cobertura adicional de Invalidez Laborativa Permanente

Total por Doença;

e) A cobertura adicional de Assistência Funeral por Doença e Acidente com a cobertura adicional de Assistência Funeral por Acidente;

f) As coberturas adicionais de Assistência Funeral com as coberturas adicionais de Auxílio Funeral;

g) A cobertura adicional de Auxílio Funeral por Doença e Acidente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral por acidente.

3.9 Cobertura Básica (Morte)

Consiste no pagamento do Capital Segurado relativo à morte, que será pago de uma só vez, ou na forma de renda certa, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado indicado(s) na Proposta de Adesão, desde que a morte tenha ocorrido após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

3.10 RISCOS COBERTOS

3.10.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

c) Choque elétrico e raio;

d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;

e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos das coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) De doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) Epidemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;

e) Doação e transplante intervivos; e

f) Suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução depois de suspenso.

4.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

a) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista abaixo:

a.1) No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

4.3 Também ficam Excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

a) De competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

b) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

c) De quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b";

d) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

e) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;

f) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados por seus Sócios Controladores, Dirigentes e Administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos Representantes, quando o seguro for contratado por pessoas jurídicas; e

g) O Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4 Estão também Excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

a.1) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.2.1) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações

por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

c) lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

4.5 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

5.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo Estipulante, for aceita pela Seguradora, momento em que a respectiva Apólice de Seguro será emitida.

5.2 O preenchimento de proposta de adesão pelos componentes do grupo segurado será obrigatório.

6. FORMAS DE CONTRATAÇÃO DO CAPITAL

6.1 Uniforme

O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

6.2 Múltiplo Salarial

O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

6.2.1 Caso ocorra alteração do salário\rendimento contratado, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora a adequação do capital segurado.

6.3 Livre Escolha

Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

7.1 Para fins de aceitação serão considerados como grupo segurável os Segurados Principais e os Segurados Dependentes (quando contratados).

7.1.1 Entende-se por **Segurados Principais** os empregados que possuam vínculo empregatício com o Estipulante, bem como os Sócios e Diretores Estatutários, assim designados no contrato/estatuto social ou na última alteração contratual e, por **Segurados Dependentes**, o cônjuge/companheira(o), os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

7.1.2 Os integrantes do grupo segurável que possuem vínculo empregatício com o Estipulante, bem como os Sócios e Diretores Estatutários que estiverem em gozo de auxílio doença ou acidente na época da contratação deste

seguro, só poderão ser incluídos quando do retorno das suas atividades profissionais.

7.1.3 Os portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

7.2 Para que haja a aceitação dos proponentes por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório de Proposta de Adesão, observando-se os limites previstos nas Condições Contratuais do Seguro e as boas condições de saúde para ingresso.

7.2.2 A comprovação do vínculo entre o Segurado e o Estipulante também deverá ser apresentada em caso de eventuais sinistros.

7.3 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação e/ou Adesão pela Seguradora, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem em modificações dos riscos originalmente aceitos.

7.3.1 Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso a partir da solicitação, voltando a correr a partir da data de entrega da documentação na Seguradora.

7.3.2 A solicitação de documentos complementares, para análise da aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

7.4 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro do prazo de 15 dias, implicará na aceitação automática do seguro.

7.5 A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão do certificado individual, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seguro.

7.5.1 A obrigatoriedade da emissão e envio do certificado individual também deverá ser observada em cada uma das renovações subsequentes.

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

7.6.1 A restituição do valor será atualizada com base no IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), desde a data da entrada do prêmio na Seguradora.

7.6.2 O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7 A não aceitação da Proposta de Adesão, será comunicada obrigatoriamente ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados do protocolo de recebimento na Seguradora, com a justificativa do motivo da recusa.

7.8 Para os menores de 14(quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, conforme limite previsto nas Condições Contratuais do Seguro, que deverão ser comprovadas mediante entrega dos comprovantes originais específicos, que podem ser substituídos a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

7.8.1 As despesas mencionadas no item 7.8 deverão ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais, que poderão ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes, observando-se os seguintes critérios:

7.8.2 Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas como traslado;

7.8.3 Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 É o valor determinado pelo Estipulante na Proposta de Contratação, observadas as cláusulas das Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

8.2 Capital Segurado Individual

É a parte resultante do Capital Segurado contratado existente na data da ocorrência do sinistro coberto, sendo esta a importância máxima a ser paga pela Seguradora, observando-se o disposto no item 8.2.1.

8.2.1 Caso o Estipulante necessite de uma alteração do Capital Segurado contratado, deverá solicitar a Seguradora a devida adequação do valor do capital contratado, bem como o disposto nas Condições Contratuais do Seguro.

8.3 O Capital Segurado contratado para cada cobertura constará no certificado do seguro, respeitados os critérios e limites estabelecidos no item 8.2, quando da ocorrência de evento coberto pela Apólice, cujo capital será expresso em moeda corrente nacional.

8.3.1 O Capital Segurado máximo individual estará determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

8.4 Para efeito de determinação do Capital Segurado consideram-se como a data da ocorrência do sinistro:

- a) a data do falecimento, para a cobertura de Morte; e
- b) a data da ocorrência do acidente, para a cobertura de Invalidez por Acidente.

8.5 A importância máxima a ser paga ao Beneficiário, será de acordo com os limites e condições estabelecidas no contrato de seguro, vigente na data do evento.

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 O custeio do Seguro pode ser:

- a) Contributário;
- b) Não contributário; ou
- c) Parcialmente contributário.

9.2 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios descritos na fatura emitida pela Seguradora, respeitados os prazos contratuais.

9.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

9.3.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

9.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura do mês a que se refere.

9.6 No caso de parcelamento de prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

9.6.1 A Seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme tabela de prazo curto item 9.6.

9.6.2 Findo o novo prazo de vigência sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro, conforme previsto no item 14.

9.6.3 No caso de parcelamento de prêmio em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência.

9.7 Quando a data limite para o pagamento dos prêmios coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, ou final de semana, o pagamento deverá ser efetuado até o primeiro dia útil, posterior ao vencimento.

9.8 Quando a cobrança do prêmio for efetuada com desconto em folha de pagamento do segurado, o Estipulante somente poderá interromper o seu recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

9.8.1 Somente haverá interrupção do recolhimento do prêmio por iniciativa do estipulante, no caso de cancelamento da Apólice.

9.9 Na cobrança do prêmio, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15(quinze) dias antes da data do vencimento.

9.10 Os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício ou se afastarem de suas atividades profissionais deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a cobertura dos demais riscos contratados.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será de 01(um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias ou meses).

10.1.1 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim nestes indicados.

10.1.2 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Estipulante até 60(sessenta) dias antes de seu vencimento.

10.1.3 A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, desde que não haja desistência da Seguradora até 60(sessenta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.

10.2 Nos casos de recebimento da Proposta de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da Apólice será a partir das 24(vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

10.3 Nos casos de recebimento da Proposta de Adesão sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da Apólice será a partir das 24(vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Adesão.

10.4 Caso a Seguradora tenha suspenso a comercialização e/ou arquivado o produto perante a SUSEP, este seguro não poderá ser renovado.

10.5 Em cada renovação será emitida uma nova Apólice de Seguro pela Seguradora.

10.6 O valor do prêmio também poderá ser agravado, com o reenquadramento de taxa à idade média aritmética apurada, sempre que alterações ocorridas no subgrupo segurado ou o seu envelhecimento provocarem alteração na idade média aritmética do subgrupo segurado informado na contratação do seguro.

10.6.1 Se a manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos não for possível e não havendo acordo entre as partes quanto à reavaliação do prêmio, a apólice não será renovada, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

10.7 Na renovação qualquer alteração da Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever aos segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

11. VIGÊNCIA E COBERTURA DO RISCO INDIVIDUAL

11.1 A cobertura do seguro e a vigência do risco individual terão início, conforme critérios estabelecidos nos itens 10.2 e 10.3.

11.2 As condições de renovação serão estabelecidas nas Condições Contratuais do Seguro.

11.3 O não pagamento do prêmio no período previsto nas Condições Contratuais do Seguro, depois de decorrido o prazo estabelecido nos itens 13.1 e 14.1, acarretará o imediato e automático cancelamento do seguro.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os capitais segurados e os prêmios deste seguro poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

12.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados poderão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio ou da contribuição até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

12.3 Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

12.4 Em caso de alteração, extinção ou vedação do índice de atualização até então adotado, serão efetivados os procedimentos determinados pelos órgãos públicos competentes, ficando as respectivas disposições imediatamente enquadradas às novas determinações.

12.5 Se, eventualmente, não forem definidos pelos órgãos públicos os procedimentos competentes, a Seguradora adotará aqueles mais adequados aos interesses dos Segurados, preservando, concomitantemente, a integridade econômico-financeira da Seguradora. Estabelecidos àqueles procedimentos, os competentes ajustes e compensações serão imediatamente efetivados.

12.6 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito

e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

12.6.1 Nos casos em que a forma de custeio do seguro for contributivo, a alteração do Capital Segurado dependerá de anuência expressa de Segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo segurado.

12.7 Quando a vigência do seguro for igual ou inferior a um ano não haverá atualização de valores.

12.8 Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado, se contratada por esta forma, conforme especificado nas Condições Contratuais, e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano.

12.9 Os capitais segurados pagos, referente às Coberturas Adicionais de Perda de Emprego, Renda por Incapacidade Temporária, Diária de Incapacidade Temporária e Diária por Internação Hospitalar, serão pagos a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base nos índices mencionados no item 12.1. Este valor será acrescido pelo resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada ao capital segurado.

13. EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

13.1 Respeitando o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o segurado será excluído da apólice, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

- a) O Segurado Titular solicitar a sua exclusão da apólice;
- b) A apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência;
- c) A apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- d) O Segurado Titular perder o vínculo com o Estipulante;
- e) O Estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio até o seu vencimento, observado o item 14 destas Condições Gerais;
- f) Com o esgotamento do Capital Segurado contratado, ou seja, quando a Seguradora indenizar o valor total descrito na apólice;
- g) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice; ou
- h) Ocorrer a Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado.

13.1.1 O disposto na alínea f do item 13.1 se aplica para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

13.2 O Segurado será excluído da apólice e as Coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

- a) Ocorrer à morte do Segurado;
- b) O Segurado agravar intencionalmente o risco;
- c) O Segurado, ou seus beneficiários, ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela Seguradora;
- d) O Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio.

13.3 O Segurado Dependente será excluído da apólice e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) Com a cessação da cobertura do Segurado Titular;

- b) Com a morte ou exclusão do Segurado Titular;
- c) No caso de cessação da condição de dependente;
- d) A pedido do Segurado Titular;
- e) Quando o Segurado Dependente for cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou divórcio; quando for companheiro, com a solicitação escrita de cancelamento feita pelo Segurado Titular;
- f) Quando os Segurados Dependentes forem incluídos na apólice como Segurados Titulares;
- g) Quando o Segurado Dependente for filho ou dependente do Segurado Titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado Titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda;
- h) Quando o Segurado Dependente for filho do cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou o divórcio dos cônjuges;
- i) Quando o Segurado Dependente for filho do companheiro do Segurado Titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou pai.

13.4 Ficam extintas/canceladas as Coberturas adicionais de Incapacidade Temporária, quando contratadas, a partir da data em que o Segurado estiver inválido total e permanentemente, deixando de ser cobrado, a partir de então, os prêmios relativos a tais Coberturas.

14. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO

14.1 Quando o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de 90 (noventa) dias, nos termos do item 14.

14.1.1 Durante este período, haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, ficando facultado a Seguradora realizar a cobrança de juros praticados pelo mercado financeiro.

15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

15.1 Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

15.1.1 Nesse caso, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.

15.1.2 Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à Cobertura do seguro, desde que haja comprovação de que houve o desconto do prêmio do seguro em folha de pagamento. Assim sendo, a Seguradora responderá durante o período de tolerância, previsto no item 13.1, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

15.1.3 Todavia, transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, nos termos do item 14.1, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

15.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60(sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

15.2.1 No caso do item 14.2, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, à parte, proporcional ao tempo decorrido.

15.2.2 Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto prevista no item 9.6.

15.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, cancela-se automaticamente a cobertura do seguro, nas seguintes situações:

a) No final do prazo de vigência; ou

b) Se este não for renovado.

15.3.1 Em qualquer das situações acima não haverá restituição dos prêmios.

15.4 As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.

15.5 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o Contrato do Seguro automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

16. Qualquer alteração neste contrato de seguro deverá ser formalizada por documento escrito, com a concordância das partes contratantes e será submetido às mesmas regras de aceitação do seguro, com posterior emissão do respectivo endosso, se for o caso.

16.1.1 A Seguradora providenciará a revisão da Apólice, conforme os itens e periodicidade estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

16.1.2 Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.1.3 É de total responsabilidade de o Estipulante informar e colher a anuência dos Segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sempre que necessário.

17. REAVALIAÇÃO NA TAXA DO SEGURO

17.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais na taxa do seguro, sendo facultada a determinação de outros períodos nas Condições Contratuais do Seguro. Nesta revisão, haverá o recálculo das taxas que foram utilizadas no cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada, com base nos sinistros verificados no decorrer da vigência da Apólice.

17.1.1 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Estipulante e do Segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da Apólice, **desde que comunicada**

mediante aviso prévio de, no mínimo, 60(sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice.

17.1.2 Para a aplicação desta nova taxa, quando implicar em ônus ou dever para os segurados, bem como a redução de seus direitos, será necessária a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

18.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

18.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

18.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

18.4 Em Caso de Morte do Segurado:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiário ou Representante e Médico-Assistente do Segurado;

b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);

c) Certidão de Óbito (Cópia autenticada);

d) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações (cópia simples);

e) RG e CPF do falecido (Cópia Simples);

f) Declaração de Únicos Herdeiros (Original);

g) Certidão de nascimento (se menor de idade), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) - maior (es) de idade (Cópia Simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade entre 16 anos e 18 anos de idade, acrescentar cópia simples do CPF;

h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);

i) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia simples);

j) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);

k) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia simples);

l) Carteira Nacional de Habilitação do segurado/falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia simples);

m) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou

n) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

18.5 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30(trinta) dias.

18.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, quando houver dúvida a esclarecer quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), na hipótese de sinistro coberto.

18.6.2 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

18.7 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante, Segurado e/ou seus Beneficiários comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para minorar suas consequências.

18.8 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18.9 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

19.1 O pagamento do Capital Segurado será efetuado de acordo com os valores estipulados na proposta de contratação, respeitando os limites e condições contratuais, vigentes na data da ocorrência do sinistro coberto.

19.1.1 Para o cálculo da quota parte deverá ainda ser observado o disposto nos itens 8.2 a 8.5.

19.2 Na ocorrência do sinistro, havendo segurados que foram afastados após a data de contratação do seguro, o Estipulante também deverá apresentar à Seguradora a última Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), anterior ao mês de afastamento, bem como a do mês de ocorrência do sinistro.

19.3 Para recebimento do capital Segurado deverá ser comprovada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionado, sendo facultadas à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do sinistro.

19.4 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

19.5 O Capital Segurado por Morte, Indenização Especial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Antecipação Especial por Doença, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença e Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença, se contratadas, podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que haja a opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes estabelecer o valor da renda mínima inicial.

19.5.1 Essa forma de pagamento será feita, no máximo, em 24(vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período determinado antecipadamente pelo Segurado na contratação do seguro.

19.5.2 O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 12.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 2% (dois por cento) ao ano.

19.5.3 Além da atualização monetária prevista no subitem acima, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

19.6 No caso de falecimento do Beneficiário do seguro durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos serão efetuados aos herdeiros do beneficiário, obedecida a ordem de sucessão hereditária, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado.

19.7 Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30(trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 17.4, aplicar-se-á correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

20. PERDA DE DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

20.1 O direito ao Capital Segurado ficará prejudicado, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido, se o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de Seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio.

20.2 O Segurado também perderá o direito ao Capital Segurado quando:

- a) Agravar intencionalmente o risco;
- b) Houver fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) Houver inobservância da lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- d) Houver inobservância da cláusula contida no item 21 (modificações de risco) por parte do segurado.

20.3 Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.3.1 Na hipótese de 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 ou restringindo a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes.

20.3.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, após pagamento do Capital Segurado, 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 pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros, mediante acordo entre as partes.

20.3.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento deste valor, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

21. MODIFICAÇÕES DE RISCO

21.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da Apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

21.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) Mudança de profissão do Segurado;

b) Mudança de residência do Segurado para outro país;

c) Prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo livre, paraquedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco; e

d) Uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

21.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, assim que tenha ciência de qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que silenciou por má-fé.

21.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

21.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

21.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30(trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

22. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

22.1 Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

22.1.1 Cabe exclusivamente ao Segurado, nomear ou substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora, sob pena de não ter validade à alteração.

22.1.2 A seguradora, não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

22.2 Na falta de Beneficiário indicado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

22.2.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

22.3 É válida a instituição do(a) companheiro(a) como Beneficiário(a), se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

22.4 Nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Antecipação Especial por Doença, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional, o próprio Segurado será o Beneficiário.

22.5 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

22.6 Havendo mais de um beneficiário indicado e vindo um deles a falecer antes do segurado, em ocorrendo o sinistro, a parte cabível ao beneficiário pré-morto reverterá em favor dos demais beneficiários indicados.

22.6.1 Em caso de o único beneficiário ser o pré-morto, o sinistro será liquidado nos termos do artigo 792 do Código Civil.

22.7 A Pessoa Jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro, se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

23. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Estipulante e o Segurado se obrigam a declarar, no ato da contratação, nos respectivos formulários "Proposta de Contratação e de Adesão", ou quando solicitar o aumento do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

24. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

24.1 Excedente Técnico é a diferença positiva entre as receitas e despesas da Apólice, de um determinado período, conforme adiante definido.

24.1.1 O período de apuração é composto por 12(doze) meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

24.2 Consideram-se como receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios líquidos, efetivamente pagos, cujas faturas sejam referentes ao período de apuração;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos; e
- c) O estorno da respectiva provisão do IBNR, considerada na apuração do excedente anterior.

24.3 Consideram-se como despesas para os mesmos fins do subitem anterior:

- a) As comissões de corretagem, administração (pró-labore), agenciamento e outras pagas durante o período de apuração;
- b) O valor total dos sinistros ocorridos e avisados 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;
- c) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) As despesas efetivas de administração da Apólice pela Seguradora; e
- e) O valor destinado à constituição da provisão do IBNR no período em apuração.

24.4 Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida nas Condições Contratuais do Seguro.

24.5 Conversões Das Receitas E Despesas

24.5.1 As receitas e despesas serão corrigidas pela variação do IPC/FGV, a saber:

- a) Do respectivo mês de pagamento para os prêmios e comissões;
- b) Do mês do aviso à seguradora para os sinistros; e
- c) Do respectivo mês de apuração, para os saldos negativos anteriores e despesas de administração da seguradora.

24.5.2 O resultado técnico será apurado em reais, levando-se em conta a correção dos valores pela variação do IPC/FGV conforme especificado no subitem anterior.

24.6 Condições Necessárias Para Distribuição Do Excedente Somente será distribuído o excedente técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver uma média mensal mínima de 500(quinzentos) Segurados principais e que a apólice seja renovada por novo período de 12(doze) meses.

24.7 Distribuição Do Excedente

24.7.1 A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60(sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

24.7.2 Nos seguros contributivos, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados.

25. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1 O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da Apólice:

- a) Fornecer para Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecido pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, das alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado

informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à Circular Susep, que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de "lavagem" e ocultação de bens, direitos ou valores, observados eventual norma que a substitua;

d) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;

e) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança,

f) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;

h) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes aos seguros emitidos para o Segurado;

i) 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;

j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;

k) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

l) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;

m) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual na participação do risco em caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

n) Manter o pagamento dos prêmios em dia, o Capital Segurado atualizado, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de segurados, por meio do formulário de "Movimento de Faturas".

25.2 O Estipulante e o Segurado declararão, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação e de Adesão, que tomaram conhecimento prévio destas Condições Gerais do Seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

25.3 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributivos:

a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora;

b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

27. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O seguro dará cobertura em todo o Globo Terrestre.

28. DO FORO

28.1 As questões judiciais entre Estipulante, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

28.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1 A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

29.2 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.

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

29.4 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

29.5 O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

29.6 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

29.7 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE - IEA

1. DEFINIÇÕES

1.1 Para fins desta cobertura considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos - ler, doenças osteomúsculares 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 item 1.1.

2. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado aos Beneficiários do Seguro, na ocorrência da morte acidental do segurado, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1 estão

expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser verificados os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

5.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

6.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) Com a ocorrência da Morte;**
- e) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e**
- f) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.**

8. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura estará indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

9.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

9.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado; (Original);
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- c) Certidão de Óbito (Cópia autenticada);
- d) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- e) RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- f) Declaração de Únicos Herdeiros (Original);
- g) Certidão de nascimento (se menor de idade), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) - maior(es) de idade (Cópia Simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade entre 16 anos e 18 anos de idade, acrescentar cópia simples do CPF;
- h) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- i) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- j) Boletim de Ocorrência Policial (Cópia Simples);
- k) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML se houver (Cópia Simples);
- l) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);
- m) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
- n) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

9.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de **30 (trinta) dias.**

9.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

12.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. DEFINIÇÕES

1.1 Para fins desta cobertura considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- 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;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos - LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho - DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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 item 1.1.

2. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, por lesão física decorrente de acidente pessoal coberto, desde que concluídos os tratamentos e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as

Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

3.1 O pagamento do Capital Segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela abaixo, de acordo com grau de Invalidez Permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%			
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 um dos pés	100			
	Perda total do uso de ambos os pés	100			
	Alienação mental total incurável	100			
	PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30	
			Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70	
Surdez total incurável de ambos os ouvidos			40		
Surdez total incurável de um dos ouvidos			20		
Mudez incurável			50		
Fratura não consolidada do maxilar inferior			20		
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral			20		
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral			25		
PARCIAL			MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
				Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50			
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30			
	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 metacarpiano	25			
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano	18			
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9			
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15			
	Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12			
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9			
	Perda total de uso qualquer falange, excluídas as dos polegares: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.				
	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 do quadril	20		
		Perda total de um dos pés, ou seja, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25		
	Amputação do 1º. (primeiro) dedo	10			
Amputação de qualquer outro dedo	3				
Perda total do uso de uma falange do 1º. dedo indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo					
Ecurtamento de um dos membros inferiores					
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15				
- de 4 (quatro) centímetros	10				
- de 3 (três) centímetros	6				
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização					

IMPORTANTE

3.2 A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.3 O Capital Segurado por perda parcial do membro ou órgão lesado será calculado de acordo com o percentual previsto na tabela do item 3.1 e, sobre este percentual, também incidirão grau de redução funcional apresentado.

3.3.1 Na falta de indicação do percentual de redução funcional e sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), o Capital Segurado será calculado, respectivamente, no percentual de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.3.2 Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificado na tabela, o Capital Segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será calculado somando-se os percentuais de cada invalidez, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para esta cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais de cada invalidez não poderá exceder o Capital Segurado previsto para sua perda total.

3.5 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau da preexistência.

3.6 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta cobertura.

3.7 A Invalidez Permanente por Acidente será constatada por declaração médica subscrita por profissional habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhada não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.8 Nos casos de divergências sobre Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora proporá 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.

3.8.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado,

sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.9 No caso de menores, o Capital Segurado por invalidez permanente será pago da seguinte forma:

- a) Menores de 16 (dezesesseis) anos - o Capital Segurado será pago ao seu representante; e
- b) Maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18 (dezoito) anos - o Capital Segurado será pago em nome do menor Segurado, devidamente assistido por seus pais ou tutores.

4. ACUMULAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

4.1.1. Nos casos em que houver o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em decorrência deste mesmo evento, será deduzido do capital segurado a importância já paga pela Invalidez Permanente parcial por Acidente.

5. MAJORAÇÃO DE MEMBROS

Mediante pagamento de prêmio adicional, consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem per cento), conforme indicado nas Condições Contratuais do Seguro.

5.1 São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão de um olho de 30% (trinta per cento) majorado para 100% (cem per cento);
- b) Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze per cento) majorado para 100% (cem per cento);
- c) Perda total de um dos polegares, inclusive o metacarpiano de 18% (dezoito per cento) majorado para 100% (cem per cento); e
- d) Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco per cento) majorado para 100% (cem per cento).

5.1.1 A indicação dos órgãos/membros na Proposta de Adesão será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

5.1.2 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione Invalidez Permanente Parcial, o Segurado receberá 100% (cem per cento) da indenização contratada para a garantia de Invalidez Permanente por Acidente.

5.2 Esta cobertura se extingue com a ocorrência de evento coberto e indenizado, ou na ocorrência das hipóteses descritas no item 14 das Condições Gerais do Seguro.

6. RISCOS COBERTOS

6.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 e 1.1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos previstos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

8.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

9.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice;
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d) Com a ocorrência da Morte;
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado;
- f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional, no caso de invalidez permanente total.

11. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

12.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

12.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

12.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários

ou Representante e Médico-Assistente do Segurado; (Original);

b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);

c) RG e CPF do falecido (Cópia Simples);

d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);

e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (Original);

f) Resultado de todos os Exames Realizados - Diagnósticos e de Controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (Cópia Simples);

g) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);

h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);

i) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);

j) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou

k) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

12.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

12.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

12.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado. Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

13. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

14. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

15. DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

15.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. DEFINIÇÕES

1.1 Para fins desta cobertura considera-se 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 invalidez permanente total do Segurado, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- 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;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 osteomulculares 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
- 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 item 1.1.

2. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao Segurado, relativo à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos (descritos na Tabela de Invalidez Permanente Total do item 3.1), por lesão física decorrente de acidente pessoal coberto, desde que concluído os tratamentos ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos.**

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

3.1 O pagamento do Capital Segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% S/A IMP. SEGURADA	
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 um dos pés	100	
	Perda total do uso de ambos os pés.....	100	
	Alienação mental total incurável	100	

IMPORTANTE

3.2 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será limitado a 100% (cem por cento).

3.3 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do Seguro. Nessas condições será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau da preexistência.

3.4 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado por Invalidez Permanente.

3.5 A Invalidez Permanente Total por Acidente será constatada por declaração médica subscrita por profissional habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente do Segurado.

3.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá 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.

3.6.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3.6.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de

indicação do membro nomeado pelo Segurado.

3.7 No caso de menores, o Capital Segurado por invalidez permanente será pago da seguinte forma:

- a) Menores de 16 (dezesseis) anos - o Capital Segurado será pago ao seu representante; e
- b) Maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos - o Capital Segurado será pago em nome do menor Segurado, devidamente assistido por seus pais ou tutores.

4. ACUMULAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

5. RISCOS COBERTOS

5.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

7.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

8.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) **Com o cancelamento da Apólice;**
- b) **Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) **Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**

d) Com a ocorrência da Morte;

e) Com o esgotamento do Capital Segurado;

f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e

g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.

10. TAXAS

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

11. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

11.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

11.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

11.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado; (Original);
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- c) RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (Original);
- f) Resultado de todos os Exames Realizados - Diagnósticos e de Controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (Cópia Simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);
- i) **Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);**
- j) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
- k) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

11.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

11.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

11.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado. Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s),

a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

12. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

14.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA - AED

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir a antecipação do pagamento de um capital segurado, relativo à cobertura de Morte, ao Segurado, ao seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência, independente do Segurado, por motivo de doença, somente nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem VII.

1.2 Considera-se o segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades previstas no item 2 desta cobertura adicional.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertas as enfermidades abaixo descritas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença, tais como:

I.a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

I.b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

I.c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

I.d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

II.a) Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

III.a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

IV.a) Entende-se por alienação mental: o distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, que, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para o exercício de qualquer atividade laborativa, bem como estar na condição de curatelado(a) em caráter definitivo.

V - Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela

NYHA, exceto doenças congênitas.

V.a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivas restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos salvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI - Doenças Crônicas

VI.a) Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são **mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo**, bem como manifestações clínicas avançadas, acometendo órgão salvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do segurado

VII.a) Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquela que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

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

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

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

2.2 A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 1.1 se fará por declaração médica, subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

2.2.1 A concessão desta garantia não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

2.2.2 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

2.2.3 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3.2 Além dos Riscos Excluídos contidos nas alíneas do subitem anterior estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

a) Insuficiência cardíaca congênita de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação;

b) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas; e
c) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

4.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) Com a ocorrência da Morte;**
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e**
- f) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.**

7. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou Representante e Médico-Assistente do Segurado (Original);
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do

evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);
c) RG, CPF e comprovante de residência do Segurado (Cópia Simples);
d) Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônomas do Segurado (Original);

e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea/ítem anterior (Original);

f) Formulário de autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);

g) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou

h) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

8.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

8.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação a constituição de junta médica.

8.6.1 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. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Apicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

11.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado, de acordo com o valor contratado, ao Segurado, ao seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Ainda está previsto como evento coberto o estado de perda de existência, independente do Segurado, por motivo de doença, somente nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem VII.

1.2 Considera-se o Segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades previstas no item 2 desta Condição Adicional.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertas as enfermidades abaixo descritas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença, tais como:
I.a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
I.b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
I.c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
I.d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

II.a) Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

III.a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

IV.a) Entende-se por alienação mental: distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete em alteração completa ou considerável da personalidade, tomando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho, bem como, estar na qualificação de curatelado(a) em caráter definitivo.

V - Insuficiência cardíaca refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

V.a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos salvos, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz à atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI - Doenças Crônicas

VI.a) Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são **mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo**, bem como, manifestações clínicas avançadas, acometendo órgãos-alvo (consumptivos), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do Segurado

VII.a) Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquele(a) que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

- a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

VIII - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares

VIII.a) 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.

IX - Doenças do aparelho locomotor

IX.a) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.

2.2 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos, desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), atinjam a marca mínima exigida de 60(sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

2.2.1 O IAIF (Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional) é composto por duas tabelas (inseridas abaixo):

a) A primeira delas - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos - avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

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

· Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

b) A segunda tabela, por sua vez - **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade** - valoriza cada uma das situações ali previstas.

c) Os itens das tabelas deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

2.3 A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica, subscrita por profissional habilitado na sua especialização, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

2.3.1 A concessão desta cobertura não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

2.3.2 **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

2.3.3 **O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL

- IAFI

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS DE CONEXOS:

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º Grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º Grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio a locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano, possui restrições médicas de ordens 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 saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	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.	0
	2º GRAU: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar no chuveiro e sair; 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 diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

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 Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de 2(dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas sem atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	8

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

- a) Insuficiência cardíaca congênita, de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação;**
- b) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas;**
- c) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

4.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) Com a ocorrência da Morte;**
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado, conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro;**
- f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e**
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.**

7. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, descrevendo suas condições de saúde e o quadro clínico incapacitante (Original);**
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);**
- c) RG e CPF e comprovante de residência do Segurado (Cópia Simples);**
- d) Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas que levaram ao devido diagnóstico e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas dos Segurado (Original);**
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea/item anterior (Original);**
- f) Formulário de autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);**
- g) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
- h) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

8.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

8.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e a sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação a constituição de junta médica.

8.6.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

11.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado, de acordo com o valor contratado, ao Segurado, seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, a Invalidez Laborativa Permanente total decorrente de Doença profissional do Segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário - Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) - ensejando a sua aposentadoria, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Para todos os efeitos, considera-se invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

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

1.1.3 Para fins deste seguro, a atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.

1.1.4 Não serão considerados Segurados aqueles que não exerçam nenhuma atividade laborativa.

1.2 Para fins desta cobertura, além da comprovação médica, se fazem necessário a comprovação da aposentadoria do Segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data da inclusão do Segurado na Apólice e que o Segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999.

2.2 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente total por Doença profissional, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização.

2.2.1 A concessão desta cobertura está vinculada à aposentadoria por invalidez decorrente de doença profissional concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

2.2.2 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

a) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

4.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a)** Com o cancelamento da Apólice de Seguro;
- b)** Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c)** Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d)** Com a ocorrência da Morte;
- e)** Com o esgotamento do Capital Segurado, conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro;
- f)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e
- g)** Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.

7. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou

seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, comunicando suas condições de saúde e retratando o quadro clínico incapacitante (Original);
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);
- c) RG e CPF e comprovante de residência do Segurado (Cópia Simples);
- d) Relatório do médico assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas que levaram ao devido diagnóstico e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas dos Segurado (Original);
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea/ítem anterior (Original);
- f) Formulário de autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- g) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou
- h) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

8.3 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30(trinta) dias.

8.4 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará

suspense até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e a sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.5 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação a constituição de junta médica.

8.5.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

11.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal - em caso de morte do Segurado Dependente, ou ao Segurado Dependente - em caso de Invalidez Total ou Parcial por Acidente, o pagamento de um Capital Segurado, respeitado o disposto no item 7 destas condições especiais, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Equipara-se ao cônjuge, companheiro (a) do Segurado Principal, desde que comprovada a união estável entre ambos, mediante escritura pública, ou outro documento hábil, em conformidade com a legislação em vigor.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

2.1 Poderão participar do seguro somente os cônjuges que estiverem em boas condições de saúde, na data de adesão ao seguro.

2.2 Não poderão participar desta cobertura o cônjuge e/ou companheiro (a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

A inclusão do cônjuge na Apólice somente poderá ocorrer de forma automática. Desta forma, estarão abrangidos automaticamente todos os cônjuges que se enquadrem na condição descrita no item 2.1, desta condição adicional.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 e 1.1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro e das respectivas Condições Especiais eventualmente contratadas.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado do cônjuge corresponderá a um percentual sobre a cobertura básica do segurado principal e, em hipótese alguma, poderá ser superior a 100% (cem por cento) deste Capital Segurado, que será especificado nas Condições Contratuais do Seguro.

6.2 Somente as coberturas: Básica (Morte), Indenização Especial por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), poderão ser contratadas nesta cláusula adicional.

6.3 As coberturas e o Capital Segurado contratado pelo cônjuge serão determinados nas Condições Contratuais do Seguro.

6.4 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência do seguro.

7.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) **Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) **No caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;**
- c) **A pedido do Segurado Principal, por escrito;**
- d) **Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- e) **Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- f) **Com a ocorrência da Morte do Segurado Principal;**
- g) **Com a ocorrência da Morte do Cônjuge/Companheiro(a);**
- h) **A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice; e**
- i) **Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura Adicional.**

9. TAXAS

A taxa cobrada para esta cobertura estará indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

10. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

O Capital Segurado por morte do Segurado Dependente, nos termos do item 1.1.1, será pago ao Segurado Principal.

11. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

11.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

11.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

11.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);

-
- c) Certidão de Óbito (Cópia autenticada);
 - d) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
 - e) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
 - f) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
 - g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia simples);
 - h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia simples);
 - i) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
 - j) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

11.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

11.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

11.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado. Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

12. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

14.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Principal, na ocorrência de falecimento de seu (s) filho(s), de acordo com o valor do capital segurado contratado, respeitado o disposto no item 6 desta condição adicional, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.1.1 Para fins desta cobertura adicional, serão considerados os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

1.1.1.1 Quando ambos os cônjuges participarem do grupo segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente do segurado principal.

2. FORMAS DE INCLUSÃO

2.1 A forma de inclusão do(s) filho(s) do segurado é automática, abrangendo os filhos dos segurados principais e/ou dos respectivos cônjuges, respeitado o disposto no item 2.2.

2.2 Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez como dependentes daquele de maior Capital Segurado, denominado de Segurado principal para efeito desta cobertura.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 e 1.1.1 das Condições Gerais estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro e das respectivas Condições Adicionais eventualmente contratadas.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Somente a cobertura básica poderá ser contratada, cujo Capital Segurado corresponderá a um percentual sobre a cobertura básica do segurado principal e, em hipótese alguma, poderá ser superior a 100% (cem por cento) deste Capital Segurado, que será especificado nas Condições Contratuais do Seguro.

5.2 Para os menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, conforme limite previsto nas Condições Contratuais do Seguro, que deverão ser comprovadas mediante entrega dos comprovantes originais específicos, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

5.2.1 As despesas mencionadas no item 5.2 deverão ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais, que poderão ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes, observando-se os seguintes critérios:

5.2.2 Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas como traslado;

5.2.3 Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.3 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

6.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;
- b) A pedido do Segurado Principal, por escrito;
- c) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- d) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- e) Com a ocorrência da Morte do Segurado;
- f) Com a ocorrência da Morte de todos os dependentes;
- g) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice; e
- h) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.

8. TAXAS

A taxa cobrada para esta cobertura estará indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

9. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

9.1 O Capital Segurado por morte de filho do segurado, nos termos do item 2.1 e 2.2 será pago ao Segurado Principal.

9.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais dos segurados.

10. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

10.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

10.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

10.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- c) Certidão de Óbito (Cópia autenticada);
- d) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- e) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- f) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia simples);
- i) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
- j) **Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

10.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após

a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de **30 (trinta) dias**.

10.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

11. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

13.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem o objetivo de garantir a prestação de serviços de assistência funeral ou o **reembolso de despesas, aos Beneficiários, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.2 O serviço de Assistência Funeral será concedido:

- a) No Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) No Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro (a) legalmente reconhecido (a), os filhos e dependentes legais, **menores de 18 (dezoito) anos.**

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte do Segurados e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pela prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas com funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido nas condições contratuais e constantes na apólice.

2.2 Quando o Beneficiário optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá direito a reembolso das despesas.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, e também:

- a) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;**
- b) **Aquisição de jazigo;**
- c) **A exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento;**
- d) **Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;**
- e) **Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso do usuário haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando**

em "morte presumida";

f) Nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice;**
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) Com a ocorrência da Morte do Segurado Principal;**
- e) Com o cancelamento desta cobertura adicional; e**
- f) Com o esgotamento do Capital Segurado contratado.**

7. PRAZO DE CARÊNCIA

O período de carência para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para prestação do serviço de assistência, será de 30(trinta) dias, contado do início de Vigência da cobertura, exceto para os casos de acidente.

8. DO REEMBOLSO

8.1 O pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) RG e CPF do Custeador das despesas (Cópia Simples).

8.2 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

8.3 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.4 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas Condições Contratuais do Seguro.

9. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

9.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes poderão telefonar à Central de Atendimento do Serviço de Assistência - serão aceitas ligações a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

- a) Nome do Segurado e número da Apólice correspondente;

- b) O local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/representantes do Segurado; e
- c) Documentos necessários para comprovar o vínculo empregatício e/ou familiar.

9.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

9.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta Cobertura Adicional. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

10. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

10.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

10.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

10.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres de preferência da família.

10.4 Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3(três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

10.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

10.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo, se assim a família desejar.

10.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

10.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

10.9 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se

necessário acompanhado de um membro da família.

10.10 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

10.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.

10.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a família deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

10.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

10.12 Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

10.13 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

11. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

11.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

11.1.1 Os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, número da Apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

11.1.2 Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem (classe econômica) para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na Apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Garantia Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo

Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13.2 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

13.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir a prestação de serviços de assistência funeral **ou o reembolso de despesas, aos Beneficiários, na hipótese de ocorrência de morte acidental do Segurado, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.2 O serviço de Assistência Funeral será concedido:

- a) No Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) No Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a), os filhos e dependentes legais, **menores de 18 (dezoito) anos.**

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte acidental do Segurado e/ou Familiar (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pela prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido nas condições contratuais e constantes na apólice.

2.2 Quando o Beneficiário optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá direito a reembolso das despesas.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, e também:

- a) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;**
- b) **Aquisição de jazigo;**
- c) **A exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento;**
- d) **Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;**
- e) **Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso do usuário haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em "morte presumida";**

f) Nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) **Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) **A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice;**
- c) **Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) **Com o cancelamento desta cobertura adicional; e**
- e) **Com o esgotamento do Capital Segurado contratado.**

7. DO REEMBOLSO

7.1 Em caso de morte acidental do Segurado(s), o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) RG e CPF do Custeador das despesas (Cópia Simples).

7.2 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

7.3 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7.4 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas Condições Contratuais do Seguro.

8. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

8.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) Nome do Segurado e número da Apólice correspondente;
- b) Local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/representantes do Segurado; e
- c) Documentos necessários para comprovar o vínculo empregatício e/ou familiar.

8.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas

mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

8.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta Cobertura Adicional. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas serão custeadas pela prestadora.

9. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

9.1 Assessoria às Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital em que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento, junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a sobre as providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

9.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

9.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres de preferência da família.

9.4 Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3(três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

9.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

9.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo, se assim a família desejar.

9.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

9.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

9.9 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

9.10 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção

tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

9.10.1 O Serviço de Assistência não arcará com despesas pela exumação do(s) corpo(s) que estejam no jazigo quando do sepultamento nem se responsabilizará por elas.

9.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a mesma (família) deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

9.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em *esquife standard* até o Município de domicílio do Segurado.

9.12 Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

9.13 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

10. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

10.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) Os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, número da Apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na Apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Garantia Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

12.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

12.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, na ocorrência da morte do Segurado Principal, à Empresa/Estipulante ou ao Beneficiário designado, para acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, com base no percentual do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte Natural, respeitado o disposto no item 2 desta condição adicional, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 6.2 das Condições Gerais do Seguro.

2.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no item 1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- Choque elétrico e raio;
- Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- Infeções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- Com o cancelamento da Apólice de Seguro;
- A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice;
- Com a ocorrência de circunstância que determine a

inexistência ou suspensão da cobertura;

- Com o cancelamento desta cobertura adicional; e
- Com o esgotamento do Capital Segurado contratado.

7. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante (Original);
- RG e CPF e comprovante de residência do segurado (Cópia Simples);
- Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- Termo de Rescisão do contrato de trabalho e Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP e/ou GRF) do mês da ocorrência do sinistro (Cópia simples);**
- Formulário de autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);**
- Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou
- Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

8.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

8.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos

ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

11.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado aos beneficiários do Seguro, na ocorrência de morte ou invalidez total por acidente do Segurado Principal referente à cesta básica, respeitado o disposto no item 2 desta condição adicional, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.2 Esta cobertura adicional será devida quando da ocorrência de Morte ou invalidez TOTAL por acidente do Segurado, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença, Invalidez Permanente PARCIAL por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para fins desta cobertura adicional, o valor do Capital Segurado e a quantidade de pagamentos das cestas básicas estarão indicados nas Condições Contratuais do Seguro, em vigor na data da ocorrência do sinistro.

2.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) **Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) **A partir da data em que ocorrerá exclusão do Segurado Principal da Apólice;**
- c) **Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) **Com a morte do Segurado;**
- e) **Com o cancelamento desta cobertura adicional; e**
- f) **Com o esgotamento do Capital Segurado contratado.**

7. TAXAS

A taxa cobrada para esta cobertura estará indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 O(s) Beneficiário(s), será(ão) aquele(s) designado(s) na contratação.

8.2 Havendo mais de um Beneficiário designado, a(s) cesta(s) básica(s) será(ão) cedida(s), para aquele que deter a maior participação no valor do seguro deixado pelo Segurado. Caso os percentuais destinados aos Beneficiários sejam distribuídos de forma igualitária, o valor referente à cesta básica será dividido em partes iguais.

8.3 A quantidade de meses na qual o(s) Beneficiário(s) terá (ão) direito ao recebimento da(s) Cesta(s) Básica(s), bem como a o Capital Segurado designado para esta cobertura adicional, serão estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários à seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

9.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

9.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento (morte ou invalidez total por acidente), dos documentos abaixo relacionados:

9.3.1 Se o evento decorrente de morte:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado (Original);
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- c) Certidão de Óbito, se for o caso (Cópia autenticada);
- d) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido, se evento decorrente de óbito (Cópia Simples);
- e) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- f) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o segurado seja o condutor do veículo (Cópia simples);

- i) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
j) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

9.3.2 Se evento decorrente de invalidez total por acidente:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou Representante e Médico Assistente do Segurado; (Original).
b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
c) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (Cópia Simples);
f) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML, se houver (Cópia Simples);
g) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);
h) Ficha de Registro de Informações Cadastrais - Pessoa Jurídica - Circular Susep 445/2012 (Original);ou
i) Ficha de Registro de Informações Cadastrais - Pessoa Física - Circular Susep 445/2012 (Original).

9.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de **30(trinta) dias**.

9.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo

a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme determinado nas Condições Contratuais do Seguro e nos termos do item 18 das Condições Gerais.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

12.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem como objetivo garantir o reembolso das despesas com funeral, na hipótese de ocorrência de Morte do Segurado, respeitado o disposto no item 2 desta condição adicional, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.2 Esta cobertura adicional será concedida aos Segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais do Seguro, podendo ser abrangidos:

- a) No Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) No Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro (a) legalmente reconhecido(a), os filhos e dependentes legais, **menores de 18 (dezoito) anos.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para fins desta cobertura adicional, é o capital equivalente ao percentual expresso no contrato de seguro, aplicável ao capital da cobertura básica do respectivo Segurado, em vigor na data da ocorrência do óbito.

2.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) **Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) **A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice;**
- c) **Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) **Com o cancelamento desta cobertura adicional; e**
- e) **Com o esgotamento do capital segurado contratado.**

7. PRAZO DE CARÊNCIA

O período de carência para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para prestação do serviço de assistência, será de 30(trinta) dias, contado do início de Vigência da cobertura, exceto para os casos de acidente.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de falecimento do Segurado, caberá ao(s) Beneficiário(s) a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, ficando os mesmos (Beneficiários) responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados junto à funerária, para posterior pedido de reembolso à Seguradora.

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

9.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, o pedido de reembolso deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários à Seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO" por carta, fax, telegrama ou e-mail.

9.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

9.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado(Original);
- b) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- c) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- d) Certidão de Óbito (Cópia autenticada);
- e) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- f) Declaração de Únicos Herdeiros (Original);
- g) Certidão de nascimento (se menor de idade), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) - maior(es) de idade (Cópia Simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade entre 16 anos e 18 anos de idade, acrescentar cópia simples do CPF;
- h) RG e CPF do Custeador (Cópia Simples);
- i) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- j) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- k) Boletim de Ocorrência Policial (Cópia Simples);
- l) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia Simples);
- m) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo

(Cópia Simples);

- n) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
o) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

9.4 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas Condições Contratuais do seguro.

9.5 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de **30 (trinta) dias**.

9.6 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 O pagamento desta Cobertura Adicional não obriga a seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11.2 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

11.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem como objetivo garantir o reembolso das despesas com funeral, na hipótese de ocorrência de Morte Acidental do Segurado, respeitado o disposto no item 2 desta condição adicional, **após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.**

1.2 Esta cobertura adicional será concedida aos Segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais do Seguro, podendo ser abrangidos:

- No Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- No Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a), os filhos e dependentes legais, **menores de 18 (dezoito) anos.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para fins desta cobertura adicional, é o capital equivalente ao percentual expresso no contrato de seguro, aplicável ao capital da cobertura básica do respectivo Segurado, em vigor na data da ocorrência do óbito.

2.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados no subitem 1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- Ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- Choque elétrico e raio;
- Contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- Infeções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- Queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser verificados os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice;**
- Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- Com o cancelamento desta cobertura adicional; e**
- Com o esgotamento do capital segurado contratado.**

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de falecimento do Segurado, caberá ao(s) Beneficiário(s) a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, ficando os mesmos (Beneficiários) responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados junto à funerária, para posterior pedido de reembolso à Seguradora.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, o pedido de reembolso deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a Seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO" por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou Representante e Médico-Assistente do Segurado(Original);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- Certidão de Óbito (Cópia autenticada);
- Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- Declaração de Únicos Herdeiros (Original);
- Certidão de nascimento (se menor de idade), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) - maior(es) de idade (Cópia Simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade entre 16 anos e 18 anos de idade, acrescentar cópia simples do CPF;
- RG e CPF do Custeador (Cópia Simples);
- Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- Boletim de Ocorrência Policial (Cópia Simples);
- Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML - se houver (Cópia Simples);
- Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);
- Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou**
- Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).**

8.4 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas Condições Contratuais do seguro.

8.5 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.

8.6 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado.

Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 O pagamento desta Cobertura Adicional não obriga a seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.2 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

10.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

1. DEFINIÇÕES

1.1 Carência

É o período de 60(sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

1.2 Franquia

É o período correspondente aos primeiros 15(quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07(sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

1.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.3 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 7º (sétimo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os itens 5.1a, 5.8.4e 8.4 destas condições especiais.

1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas *Condições Contratuais*.

1.4 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.5 Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

2. OBJETIVO DA COBERTURA

2.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar afastado **totalmente** de **qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação**, por um período superior a 15(quinze) ou 7(sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida, por determinação médica e comprovação por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Condição Adicional, **observando-se o período de Carência contido no subitem 1.1 no caso de afastamento decorrente de doença.**

2.1.1 Esta garantia é assegurada durante o período de cobertura, salvo condições que determinem seu cancelamento, conforme definido no item 14 das Condições Gerais deste seguro de Vida em Grupo Temporário.

2.1.2 O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual

sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado, no que tange à informação constante na Proposta de contratação, o Segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, e também:

a) Lesões de Esforço Repetitivo (L.E.R.); Distúrbios Osteomusculares crônicos Relacionados com o Trabalho (DORT), e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo; Síndrome do impacto (ombro); Dor Articular; Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas.

b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 3.4.

e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;

g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Hospitalização para check-up;

i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais;

k) Síndrome do Pânico;

l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

m) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os decorrentes de acidentes, ocorridos durante a vigência da apólice;

- n) Cirurgias para esterilização;
- o) Qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 07 (sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida;
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- w) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
- x) Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.
- y) O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 3.5.

3.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cobertura Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

3.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

3.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

3.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às diárias de incapacidade temporária, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

3.5 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Diárias por Incapacidade Temporária, no caso de parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias,

conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

4.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dias da data do afastamento, se houver franquia, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

5.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

5.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

6. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

6.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

6.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhados os seguintes documentos básicos:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado e Médico-Assistente do Segurado (Original);
- b) RG, CPF e Comprovante de residência em nome Segurado (Cópia simples);
- a) Todos os Exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- c) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (Cópia Simples);
- f) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples);
- g) Ficha de Registro de Informações cadastrais - Pessoa Física - Circular Susep 445/2012 (Original).

6.3 Todas as despesas provenientes à comprovação do evento, relativas aos documentos básicos mencionados no subitem 4.2, serão de responsabilidade do Segurado ou de seu representante legal.

6.4 O prazo máximo para liquidação do sinistro, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 4.2, será de 30 (trinta) dias.

6.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento,

sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá 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.

6.6.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas Condições Adicionais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado.

7.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo Segurado, seu representante legal ou pelo Corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

7.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 16º (décimo sexto) ou do 7º (sétimo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no subitem 1.3 destas Condições Adicionais.

7.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, exames complementares e se necessário, auditoria médica.

7.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

7.6 Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de incapacidade temporária de o Segurado exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

7.7 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

7.8 Não serão permitidos acúmulos de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

7.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

7.8.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior.

7.8.3 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

7.8.4 Se o evento gerador do sinistro se tratar de novo acidente, não se aplica a limitação do subitem 5.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice;**
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;**
- d) Com a ocorrência da Morte, invalidez permanente total por acidente ou antecipação especial por doença, se contratadas;**
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado;**
- f) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;**
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e**
- h) Se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Quando o Segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

10.2 Somente será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se este ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

10.3 Não haverá acúmulo do pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

10.4 O pagamento das diárias por incapacidade temporária respeitará o limite máximo de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, conforme descrito no item 1.3, ainda que a alta médica do segurado não tenha ocorrido.

10.5 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

10.5.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

10.6 Os prêmios correspondentes a esta garantia adicional sofrerão reajuste sempre que o segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela contida nas Condições Contratuais.

10.7 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Contratuais e Gerais do Seguro de Vida em Grupo Temporário.

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - RIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir o pagamento, até o limite de rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado nas Condições Contratuais deste Seguro e ratificado na Apólice, somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, e também:

a) Lesões de Esforço Repetitivo (L.E.R.); Distúrbios Osteomusculares crônicos Relacionados com o Trabalho (DORT), e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo; Síndrome do impacto (ombro); Dor Articular; Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas.

b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 3.4.

e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;

g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Hospitalização para check-up;

i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais;

k) Síndrome do Pânico;

l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

m) **Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os decorrentes de acidentes, ocorridos durante a vigência da apólice;**

n) Cirurgias para esterilização;

o) Qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 07 (sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida;

p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;

r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

x) Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.

y) O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 3.5.

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cobertura Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

2.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

2.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Rendas cobertas por este Seguro.

2.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

2.5 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do

acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dias da data do afastamento, se houver franquia, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

4.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

4.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

5.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

5.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- c) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado e Médico-Assistente do Segurado (Original);
- d) RG, CPF e Comprovante de residência em nome Segurado (Cópia simples);
- h) Todos os Exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- i) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- k) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- l) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
- m) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples); e/ou
- n) Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

5.4 Todas as despesas provenientes à comprovação do evento, relativas aos documentos básicos mencionados no subitem 4.2, serão de responsabilidade do Segurado ou de

seu representante legal.

5.5 O prazo máximo para liquidação do sinistro, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 4.2, será de 30 (trinta) dias.

5.6 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

5.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá 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.

5.7.1 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. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

5.8 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá 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.

5.8.1 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. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

6. PAGAMENTO DA RENDA

6.1 O Capital Segurado será devido quando o Segurado completar 1 (um) mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30(trinta), 60(sessenta) e/ou 90(noventa) dias respectivamente, de acordo com o período previsto de afastamento.

6.1.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais, observado o número de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro.

6.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o segurado permanecer afastado

do trabalho, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de atividade laborativa remunerada, o que ocorrer primeiro.

6.3 O valor da Renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

6.3.1 Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será realizado proporcionalmente à renda comprovada, não cabendo a devolução do prêmio recolhido pela Seguradora.

6.4 O pagamento das rendas por incapacidade temporária respeitará o limite máximo de até 03(três) rendas, conforme descrito no item 4.1, ainda que a alta médica do segurado não tenha ocorrido.

6.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento do Capital Segurado, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- i) Com o cancelamento da Apólice;
- j) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- k) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- l) Com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;
- m) Com o esgotamento do Capital Segurado;
- n) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- o) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e
- p) Se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

8. LIMITE DE RENDA

8.1 É a quantidade máxima de rendas a que o Segurado

terá direito, a contar do 30º (trigésimo) dia da data de início do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 03(três) rendas de 30 dias (cada), observados os itens 4.1a 4.2 desta Condição Adicional.

8.2 Não serão permitidos acúmulos de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.2.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de 03(três) rendas.

8.2.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Rendas por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite de 03(três) rendas, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior.

8.2.2.1 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

8.2.3 Não se aplica a limitação do subitem 6.2.1, se o evento gerador do sinistro se tratar de novo acidente e compreender um período distinto do pleiteado, visto que haverá reintegração do capital.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

10.3 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA -DECORRENTE DE ACIDENTE - RIT POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir o pagamento, até o limite de rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado nas Condições Contratuais deste Seguro e ratificado na Apólice, somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, e também:

- a) Lesões de Esforço Repetitivo (L.E.R.); Distúrbios Osteomusculares crônicos Relacionados com o Trabalho (DORT), e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo; Síndrome do impacto (ombro); Dor Articular; Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas.
- b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 2.4.
- e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- h) Hospitalização para check-up;
- i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica

e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- j) Todas as doenças ou transtornos mentais;
- k) Síndrome do Pânico;
- l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- m) **Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os decorrentes de acidentes, ocorridos durante a vigência da apólice;**
- n) Cirurgias para esterilização;
- o) Qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 07 (sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida;
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrite;
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- w) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
- x) Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.
- y) O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 2.5.

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cobertura Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

2.3 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexa causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

2.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária por acidente, no caso de parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexa causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

4.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

4.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

5.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

5.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado e Médico-Assistente do Segurado (Original);
- b) RG, CPF e Comprovante de residência em nome Segurado (Cópia simples);
- c) Todos os Exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- e) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
- f) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (Cópia Simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso (Cópia Simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples); e/ou Ficha de registro de informações cadastrais - se pessoa física, conforme Circular Susep (original).

5.4 Todas as despesas provenientes à comprovação do evento, relativas aos documentos básicos mencionados no subitem 4.2, serão de responsabilidade do Segurado ou de seu representante legal.

5.5 O prazo máximo para liquidação do sinistro, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 4.2, será de 30 (trinta) dias.

5.6 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

5.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá 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.

5.7.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

6. PAGAMENTO DA RENDA

6.1 O Capital Segurado será devido quando o Segurado completar 1 (um) mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30(trinta), 60(sessenta) e/ou 90(noventa) dias respectivamente, de acordo com o período previsto de afastamento.

6.1.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais, observado o número de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro.

6.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o segurado permanecer afastado do trabalho, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de atividade laborativa remunerada, o que ocorrer primeiro.

6.3 O valor da Renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

6.3.1 Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será realizado proporcionalmente à renda comprovada, não cabendo a devolução do prêmio recolhido pela Seguradora.

6.4 O pagamento das rendas por incapacidade temporária respeitará o limite máximo de até 03(três) rendas, conforme descrito no item 4.1, ainda que a alta médica do segurado não tenha ocorrido.

6.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento do Capital Segurado, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice;

- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d) Com a ocorrência da Morte, invalidez permanente total por acidente ou antecipação especial por doença, se contratadas;
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado;
- f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e
- h) Se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

8. LIMITE DE RENDA

8.1 É a quantidade máxima de rendas a que o Segurado terá direito, a contar do 30º (trigésimo) dia da data de início do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 03(três) rendas de 30 dias (cada), observados os itens 4.1 a 4.5 desta Condição Adicional.

8.2 Não serão permitidos acúmulos de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.2.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de 03(três) rendas.

8.2.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Rendas por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite de 03(três) rendas, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior.

8.2.3 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

8.2.4 Não se aplica a limitação do subitem 6.2.1, se o evento gerador do sinistro se tratar de novo acidente e compreender um período distinto do pleiteado, visto que haverá reintegração do capital.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os acidentes cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

10.3 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional a presente cobertura tem o objetivo garantir o pagamento de rendas, ao próprio Segurado, de acordo com a quantidade, valores e limites contratados, correspondentes ao Capital Segurado indicado na respectiva proposta de adesão, quando da ocorrência da perda do emprego do Segurado.

1.1.1 Ao Estipulante caberá recebimento do Capital Segurado, somente quando o seguro tiver por causa declarada a garantia de alguma obrigação.

1.1.2 O valor do Capital Segurado deve ser limitado ao último rendimento que o segurado auferia quando empregado.

2. PERDA DE EMPREGO

Para os fins desta Cobertura Adicional é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente no país.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

3.1 Esta Cobertura Adicional destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.2 Não estão cobertos os profissionais: autônomo, estagiário, jovem aprendiz, empresário e demais considerados profissionais liberais, não cabendo, portanto a cobrança do prêmio respectivo.

4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA

A concessão desta Cobertura estará condicionada à comprovação de vínculo empregatício ininterrupto nos últimos 12 (doze) meses.

5. CARÊNCIA

Haverá uma carência inicial de 3 (três) meses, a contar da data da contratação desta Cobertura Adicional, durante o qual o Segurado e/ou Estipulante não terá direito à esta cobertura.

6. COMPROVAÇÃO DA PERDA DE EMPREGO

6.1 Mediante apresentação da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), juntamente com atestado da empresa informando o motivo da demissão (Termo de Rescisão Contratual).

6.2 A comunicação à Seguradora deverá ser acompanhado dos seguintes documentos:

- a) RG, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópia simples);
- b) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) do Segurado, das páginas de identificação, último registro e a seguinte (cópia autenticada);
- c) Termo de rescisão de contrato de trabalho;
- d) Formulário de Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original); e
- e) Ficha de Registro de Informações cadastrais - Pessoa Física - Circular Susep 445/2012 (Original).

6.3 Durante o pagamento de cada renda, o desemprego é comprovado mediante apresentação de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) do Segurado, das páginas constante do

último registro e a subsequente (cópia autenticada atualizada).

6.4 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

6.5 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7. PAGAMENTO DA RENDA

7.1 O pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora, da documentação mencionada no item acima, desde que o evento esteja coberto.

7.2 Se a condição (desemprego) prevalecer, os demais pagamentos serão cabíveis, respeitando o limite de rendas contratadas, conforme Condições Contratuais do Seguro. Contudo cabe ao Segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para ter direito ao recebimento da próxima renda.

7.3 Caso não ocorra à comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente cobertura.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) Com o cancelamento desta Cobertura Adicional;**
- c) Com a ocorrência de circunstâncias que determinem a suspensão ou inexistência desta cobertura adicional, tal como: a não comprovação do vínculo empregatício, no caso dos autônomos, empresários e demais considerados profissionais liberais;**
- d) Com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;**
- e) Com a utilização integral da quantidade de renda(s) contratada(s), constante da apólice e garantidas por esta Cobertura Adicional;**
- f) Com o esgotamento do Capital Segurado;**
- g) Quando o Segurado voltar a condição de empregado;**
- h) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10.2 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

10.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante pagamento de prêmio adicional a presente cobertura tem o objetivo garantir o pagamento de reembolso de despesas médico hospitalares e odontológicas, ao próprio Segurado, quando da ocorrência de acidente coberto com o Segurado, de acordo com os valores gastos, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, respeitando os valores e os limites do Capital Segurado contratado, indicado nas respectivas propostas de contratação e/ou adesão do seguro, **observados os riscos excluídos contido no item 3 desta Condição Adicional.**

2. CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado estará indicado nas Condições Contratuais do Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos, estabelecidos no item 4 das Condições Gerais, não estão abrangidas as coberturas para:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e**
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.**

3.2 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

4.2 Quando esta cobertura adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

4.2.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 10 das Condições Gerais do Seguro.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 14 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;**
- b) Com o cancelamento desta Cobertura Adicional;**
- c) Com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;**
- d) Com o esgotamento do Capital Segurado; e**
- e) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice.**

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Caberá ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços

médico-hospitalares e odontológicos, desde que habilitados.

6.2 A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes (nota fiscal) originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

6.3 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura contratada, à época da ocorrência do sinistro.

6.4 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou Corretor, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

6.4.1 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

6.4.2 Sob pena de perder o direito à cobertura, o Segurado participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, conforme artigo 771 do Código Civil e tomará as providências para minorar-lhe as consequências.

6.4.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados.

6.5 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) RG e CPF e comprovante de residência do Segurado (Cópia simples);
- c) CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso (Cópia simples);
- d) Relatório médico contendo data de alta médica definitiva, bem como, as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado (Original);
- e) Resultado dos exames médicos realizados (Cópia simples);
- f) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- g) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);
- h) Autorização para crédito em conta corrente em nome do favorecido, no caso de eventual pagamento;
- i) Notas Fiscais emitidas para o pagamento do tratamento (Original);
- j) Ficha de Registro de Informações cadastrais - Pessoa Jurídica - Circular Susep 445/2012 (Original);
- k) Ficha de Registro de Informações cadastrais - Pessoa Física - Circular Susep 445/2012 (Original).

6.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

6.7 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares

solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

9.2 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

9.3 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.