

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO VIDA EM GRUPO
TAXA MÉDIA**

previsul
SEGUROADORA

SUMÁRIO

1 Objetivo do Seguro	3
2 Definições	3
3 Coberturas do Seguro.....	8
4 Riscos Excluídos	28
5 Âmbito Geográfico da Cobertura	36
6 Carência	36
7 Franquia	37
8 Contratação do Seguro	38
9 Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	39
10 Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes	40
11 Vigência e Renovação do Seguro	41
12 Pagamento do Prêmio	42
13 Modalidades de Capital Segurado	43
14 Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s)	44
15 Recálculo da (s) Taxa(s) do Seguro	45
16 Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado	45
17 Beneficiário(s)	47
18 Comunicação e Liquidação de Sinistros	49
19 Opção Pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral	63
20 Perda do Direito à Indenização	63
21 Cancelamento do Seguro	65
22 Cessação da Cobertura Individual	66
23 Excedente Técnico	67
24 Obrigações do Estipulante	69
25 Regime Financeiro	70
26 Material de Divulgação	70
27 Mora	70
28 Foro	71
29 Tabela para Cálculo Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente	72
30 Tabelas IAIF	73

1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer ou tornar-se permanentemente inválido, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

2 DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez funcional permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;**
- b) Os acidentes decorrentes da 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.**

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou**

similares que venham a ser aceitas pela classe medicocientífica, 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.

2.2 Acidente Vascular Cerebral (AVC): é qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial.

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

2.4 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro Coletivo.

2.5 Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aquele que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

2.6 Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.7 Cancelamento: Título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

2.8 Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

2.9 Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura (s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.10 Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.

2.11 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena): é a intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se um “by-pass” artério-coronário.

2.12 Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.13 Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

2.14 Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.

2.15 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.16 Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados.

2.17 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: é o questionário, integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

2.18 Diária Segurada: é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as coberturas adicionais de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação em U.T.I (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), vigente na data do evento.

2.19 Doença: é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.20 Doenças Graves: para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.

2.21 Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.

2.22 Doença Neoplásica Maligna Ativa: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.23 Estipulante: é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.24 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

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

2.26 Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.27 Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.28 Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.29 Hospital/Clínica: é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.30 Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.31 Internação Hospitalar: para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.32 Liquidação do Sinistro: é o pagamento da indenização propriamente dita,

devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

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

2.34 Período Indenizável: é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON) e Perda de Renda por Desemprego (PRD). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

2.35 Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

2.36 Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.37 Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

2.38 Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.39 Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.40 Reintegração do Capital Segurado: é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

2.41 Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.42 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.43 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.44 **Serviço de Assistência Funeral:** são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral (AUX).

2.45 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.46 **Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.):** é a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada à equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

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

2.47 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.48 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3 COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas.**

3.2 Coberturas Básicas:

3.2.1 **Morte Qualquer Causa (MQC):** é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, **esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a.1] **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- a.2] **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.2.2 Auxílio Funeral (AUX): Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, a critério do beneficiário, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a) A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do beneficiário.
- b) O Beneficiário que optar por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá qualquer direito a reembolso posterior.

Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Serviço de Assistência, conforme opção do beneficiário, estão dispostos abaixo:

- **Atendimento Social:** Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.
- **Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo:** No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta despesa será ressarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.
- **Funeral:** Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:
 - I. Urna;

- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- XI. Locação de jazigo (por 3 anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

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

- **Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.
- **Traslado:** No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão para a família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

d) **Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.**

3.3 Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação da cobertura básica de Morte Qualquer Causa (MQC), observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

3.3.1 Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) As indenizações de Morte Qualquer Causa (MQC) e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) se acumulam.

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

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, **serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:**

- a.1) A perda total da visão de ambos os olhos;
- a.2) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.3) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.4) A perda total do uso de ambas as mãos;
- a.5) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- a.6) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- a.7) A perda total do uso de ambos os pés;
- a.8) A alienação mental total incurável.

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

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

d) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

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

g) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.**

h) **A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma.**

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

3.3.3 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) **Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.**

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

c) **Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.**

d) **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.**

e) **Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.**

- f) **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**
- f.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- h) **A Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.**
- i) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.**
- j) **A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma.**
- k) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).
- 3.3.4 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação:** é a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.
- a) **O percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.**
- b) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação for igual a 100% da Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro será automaticamente cancelado.

c) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação for inferior a 100% da cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), o **Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, e as demais coberturas vigentes.**

d) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, **que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.** O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 18.4.5.

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

e.1) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**

e.2) **Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;**

e.3) **Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;**

e.4) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**

e.5) **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;**

e.6) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**

e.7) **Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**

e.8) **Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa cuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**

e.9) **Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;**

e.10) **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**

e.11) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**

e.12) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**

e.13) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

f) **Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a estas Condições Gerais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.**

g) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**

g.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**

g.2) **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

h) **A Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.**

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

3.3.5 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma: é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.

a) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento integral de indenização por invalidez por doença, a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma será automaticamente e imediatamente cancelada.** Nessa hipótese, o Seguro continuará vigorando com as demais coberturas contratadas sendo que o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

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

c) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, **que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.** O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 18.4.5.

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

d.1) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**

d.2) **Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;**

d.3) **Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;**

d.4) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**

d.5) **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;**

d.6) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**

d.7) **Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**

d.8) **Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**

d.9) **Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;**

d.10) **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal [doença em estágio terminal], desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**

d.11) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**

d.12) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**

d.13) **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

e) **Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo às Condições Gerais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.**

f) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**

f.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**

f.2) **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

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

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

3.3.6 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. **Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.**

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

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

c) O percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) que será antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

d) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for igual a 100% da Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro será automaticamente cancelado.**

e) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), e as demais coberturas vigentes.**

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

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

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

a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**

a.1) **estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes; e**

a.2) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

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

3.3.8 Diárias por Internação Hospitalar (DIH): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, **365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro**, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7.

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

b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme definido no item 18.17.

b.1) **O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.**

b.2) **Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.**

b.3) **Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.**

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

3.3.9 Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

a) A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia previsto no item 7 destas Condições Gerais.

a.1) **A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.**

b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme definido no item 18.17.

b.1) **O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.**

b.2) **Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.**

b.3) **Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.**

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

3.3.10 Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor

contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo em U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e **é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro**, respeitado o prazo de carência previsto no item 6.

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

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

3.3.11 Diárias por Internação no Exterior (DIEX): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo efetuada no exterior, em consequência de doença ou acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e **é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro**, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7 destas Condições Gerais.

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

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

3.3.12 Diárias por Convalescença (DCON): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a 50% (cinquenta por cento) do valor indenizado pela cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

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

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

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

a) **As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no item 7.1.**

b) **Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.**

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

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

a) **O Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.**

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

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

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

3.3.15 Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento Morte Acidental do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) O Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.

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

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

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

3.3.16 Diagnóstico de Câncer (DC): Garante ao próprio Segurado a antecipação de **um percentual**, limitado a 100% (cem por cento), da cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) em caso de diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas, exceto se decorrente de risco excluído.

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

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

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

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

e) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização**

por diagnóstico de câncer, se o percentual previsto para a cobertura de Diagnóstico de Câncer for igual a 100% da Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro será automaticamente cancelado.

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

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

h) Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 3.3.16 e seus subitens, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

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

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

k) Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora;

l) Ao atingir 65 (sessenta e cinco) anos de idade, o Segurado será excluído, encerrando o período de cobertura de diagnóstico de câncer, podendo continuar com as demais coberturas do plano mediante pagamento do prêmio correspondente.

3.3.17 Perda de Renda por Desemprego (PRD): Garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado contratado, quando da perda de emprego do Segurado. Os pagamentos serão realizados mensalmente, durante o prazo definido no Contrato, limitados ao período durante o qual o Segurado

permanecer desempregado e observados os períodos de carência e franquia, se houver.

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

- b) O Segurado deverá comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo este a Atividade principal, por meio da Declaração de Imposto de Renda;
- c) O Segurado deverá ser trabalhador formal, contratado por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou investido em cargo público sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no qual não há estabilidade no emprego;
- d) A perda do emprego deverá estar relacionada à Atividade Principal do Segurado, não havendo cobertura quanto aos demais empregos que não o principal, quando existirem.
- e) A cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego (PRD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.
- f) Esta cobertura está sujeita a carência e franquia estabelecida no Contrato. Após o cumprimento da franquia estabelecida no Contrato, o Segurado deverá comprovar que permanece desempregado.
- g) **Importante:** Esta cobertura só poderá ser contratada por profissionais que contenham vínculo empregatício.

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

- a) Para fins deste Seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.
- b) **A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o final da vigência do Seguro, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.**
- c) **Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.**
- d) **O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.**

3.3.19 Renda Temporária por Incapacidade (RTI): é a cobertura que garante o pagamento da renda contratada, por período indenizável a ser definido nas

Condições Contratuais do Seguro, o qual **é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro**, destinada ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro e os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7.

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

3.3.20 Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): é a cobertura que garante o pagamento da renda contratada, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, o qual **é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro**, destinada ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro e o prazo de franquia previsto no item 7.

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

3.3.21 Doenças Graves (DG): visa garantir ao próprio Segurado a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC), quando o mesmo apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos no item 3.3.21c), **respeitado o prazo de carência previsto no item 6 destas Condições Gerais** e as demais disposições aplicáveis.

a) **A presente Cobertura Adicional será extinta, integralmente, em caso de ocorrência de uma das seguintes situações:**

a.1) No momento em que a Seguradora realizar o pagamento da indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG). Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com o valor correspondente a Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) deduzida a indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG); ou

a.2) Quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade. Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com as coberturas remanescentes.

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

c) As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta Cobertura Adicional correspondem, **exclusivamente**, aos seguintes eventos:

c.1) **Neoplasia Maligna (CÂNCER):** doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada de células malignas e a invasão do tecido normal.

c.2) **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** qualquer espécie de acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro horas), que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial. As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas, por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC.

c.3) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA):** intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais encontram-se torcidas ou bloqueadas, introduzindo-se um “by-pass” artério-coronário.

c.4) **Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta:** intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecção ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.

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

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

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

3.3.23 Despesas Diversas por Acidente (DDA): Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

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

4 RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1.1 De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão, exceto para os casos de contratação da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) desde que ainda não diagnosticadas quando da contratação do Seguro;

4.1.2 De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

4.1.3 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;

4.1.4 De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

4.1.5 De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.1.6 De atos terroristas;

4.1.7 Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

4.1.8 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

4.1.9 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

4.1.10 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

4.1.11 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;

4.1.12 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e

4.1.13 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

4.2 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.8 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.3 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Diversas por Acidente (DDA), Doenças Graves (DG), Diagnóstico de Câncer (DC), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), os eventos ocorridos em consequência:

4.3.1 De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), 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; e

4.3.2 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.4 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) os eventos ocorridos em consequência:

4.4.1 De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

4.4.2 De tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

4.4.3 De tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;

4.4.4 De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.4.5 De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

4.4.6 De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”; e

4.4.7 De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

4.5 Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos das coberturas de Diária por Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação em U.T.I (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON), mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

4.5.1 De ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

4.5.2 De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

4.5.3 De tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

4.5.4 De diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

4.5.5 De tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

4.5.6 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

4.5.7 De qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

4.5.8 De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

4.5.9 De tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

4.5.10 De tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

4.5.11 De atos ilícitos devidamente comprovados;

4.5.12 De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.5.13 De tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

4.5.14 De internação domiciliar;

4.5.15 De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e

4.5.16 De investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

4.6 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG):

4.6.1 Os eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, inclusive aquelas cobertas pela respectiva Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);

4.6.2 Os eventos ocorridos em consequência do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.6.3 Qualquer classe de Neoplasia Maligna (CÂNCER) sem invasão ou insitu (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;

4.6.4 As doenças e procedimentos cirúrgicos correlacionados com infecção do vírus HIV, entre elas o sarcoma de Kaposi,

4.6.5 O carcinoma baso celular e a leucemia linfocítica crônica;

4.6.6 O estágio "A" do câncer de próstata (tumor não palpável comprometendo menos que 5% da próstata);

4.6.7 O estágio "I" da doença de Hodgkin;

4.6.8 Os ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;

4.6.9 Os procedimentos cirúrgicos na artéria Aorta decorrentes de acidente pessoal;

4.6.10 A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

4.7 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos das coberturas Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), os eventos ocorridos em consequência:

4.7.1 De estresse, incluídos "burnout", e depressão;

4.7.2 De doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

4.7.3 De tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;

4.7.4 De cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

4.7.5 De cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;

4.7.6 De gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;

4.7.7 De fibromialgias;

4.7.8 De doença Miofascial;

4.7.9 De tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

4.7.10 De tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);

4.7.11 De todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

4.7.12 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorróidas;

4.7.13 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

4.7.14 De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.7.15 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

4.7.16 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.7.17 De tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências; e

4.7.18 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.

4.8 Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) os eventos ocorridos em consequência:

4.8.1 De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;

4.8.2 De renúncia ou perda voluntária do emprego;

4.8.3 De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;

4.8.4 Do término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;

4.8.5 De demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob regime da Consolidação das leis do Trabalho (CLT);

4.8.6 Do desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;

4.8.7 De campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10 (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;

4.8.8 De perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período; e

4.8.9 De trabalhador sem vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada, seja por empresa privada ou órgão público, sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou que não tenha trabalhado sob estas condições de forma ininterrupta e contínua por um período de 1 (um) ano.

4.8.10 Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividades:

- a) Exerçam atividades em regime complementar de trabalho, ou como “horistas”;**
- b) Que estejam em contrato temporário de trabalho;**
- c) Que trabalhem como profissional autônomo; e**
- d) Donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.**

4.9 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura Diagnóstico de Câncer (DC) do Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

4.9.1 Neoplasia: melanoma não invasivo ou classificado in situ incluindo displasia cervical e outras

4.9.2 Lesões pré-neoplásticas;

4.9.3 Câncer de pele se não for melanoma maligno;

4.9.4 Carcinoma baseocelular e espinocelular;

4.9.5 Sarcoma de kaposi e outros tumores associados à aids;

4.9.6 Qualquer tipo de leucemia;

4.10 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos das coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:

4.10.1 A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

4.10.2 Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

4.10.3 As doenças cuja evolução natural tenham sido agravadas por traumatismos.

4.11 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):

4.11.1 Doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido nestas Condições Gerais;

4.11.2 Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;

4.11.3 Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

4.11.4 Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e

4.11.5 Natimortos.

4.12 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) os eventos ocorridos em consequência:

4.12.1 De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.12.2 De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

4.12.3 De estresse, incluídos “burnout”, e depressão;

4.12.4 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências, incluindo órteses e próteses;

4.12.5 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.12.6 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.

4.12.7 A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

4.12.8 As doenças cuja evolução natural tenham sido agravadas por traumatismos;

4.12.9 Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

4.12.10 Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Perda de Renda por Desemprego (PRD), Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Diárias de Incapacidade temporária por Acidente (DITA) e Diagnóstico de Câncer (DC), que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.

6 CARÊNCIA

6.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, não podendo exceder o prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

6.1.1 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência da cobertura individual, prevista na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.2 Além da definição do período de carência, é possível que seja definido em contrato uma relação entre a vigência da cobertura individual e a data de ocorrência de sinistro, sendo então fixado um percentual de indenização devida em função da data de ocorrência do sinistro quando relacionada a quantidade de meses de vigência da cobertura individual.

6.2 As coberturas de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON), estarão sujeitas à carência de 90 (noventa) dias, desde que não decorrentes do evento acidente pessoal e contados a partir do início de vigência individual.

6.2.1 As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas pelo seguro.

6.3 A Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) e a cobertura de Diagnóstico de Câncer (DC), quando contratadas, estarão sujeitas à carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.3.1 Todo e qualquer evento caracterizado como doença grave ou procedimento cirúrgico no item 3.3.21c), destas Condições Gerais, cuja data do seu respectivo diagnóstico ou procedimento cirúrgico se situe dentro do período de carência, não será coberto pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG).

6.4 Para a cobertura de Despesas Diversas (DD), poderá haver período carência, desde que devidamente previsto no Contrato, e que respeite o previsto na cobertura a qual está vinculada.

6.5 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

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

6.7 Subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, com prazos de carência próprios, ou seja, a cada nova subscrição, desde que previsto na Apólice, o Segurado estará sujeito aos períodos e percentuais apresentados nos itens 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4.

7 FRANQUIA

7.1 As coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) estão sujeitas à franquia que será definida nas condições contratuais e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

7.2 A cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

7.3 As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON) estão sujeitas à franquia de 1 (um dia), ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

8.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

8.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.

8.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

8.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável;
ou

9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

9.2.2 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

9.3 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

9.4 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.4.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.4.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.5 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

9.6 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.7 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

9.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

9.9 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

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

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

10.1 Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges, filhos, pais, mães, sogros e sogras do Segurado Principal.

10.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

10.2.1 Adesão Automática, quando abranger os dependentes de todos os segurados principais; ou

10.2.2 Adesão Facultativa, quando abranger os dependentes dos segurados principais que assim o autorizarem.

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

b) Na contratação de forma facultativa, o segurado principal deverá fornecer, obrigatoriamente, informações sobre o segurado dependente como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco, no mínimo.

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

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

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

10.6 O Capital Segurado do cônjuge, dos pais, das mães, dos sogros e das sogras não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

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

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

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

10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos segurados dependentes estão definidas no item 22.10 destas Condições Gerais.

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

11.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.1.3 A Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade.

11.1.4 A Cobertura Adicional de Diagnóstico de Câncer (DC) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

11.1.5 O presente 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 do Contrato de Seguro.

11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

11.2.2 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

11.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência, prévia e expressa, de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

a) A Seguradora terá 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a renovação do Seguro ou modificação do risco.

11.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

11.5 Será enviado novo Certificado Individual aos segurados em cada uma das renovações do Seguro.

12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O custeio do Seguro poderá ser:

12.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

ou

12.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

12.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio anual pelo número de parcelas acordadas.

12.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

12.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

12.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

12.6 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 12.8, no primeiro dia útil subsequente.

12.7 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

12.8 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).

12.8.1 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado, conforme previsto no item 21.1.

12.9 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13 MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO

13.1 Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

13.1.1 Uniforme: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

13.1.2 Múltiplo Salarial: O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

13.1.3 Livre Escolha ou Variado: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão.

14 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

14.1.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

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

14.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

14.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

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

14.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15 RECÁLCULO DA (S) TAXA(S) DO SEGURO

15.1 A Seguradora efetuará reavaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

15.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 11.3.

15.2 Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.

16 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

16.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

16.1.1 Na Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC), na Cobertura Adicional de Auxílio Funeral (AUX), na Cobertura Adicional Rescisão Contratual por Morte (RCM) e na Cobertura Adicional de Despesas Diversas (DD) a data do falecimento;

16.1.2 Nas Coberturas Adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Rescisão Contratual por Morte decorrente de Acidente Pessoal (RCMA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), e Despesas Diversas por Acidente (DDA), a data do acidente;

16.1.3 Nas Coberturas Adicionais de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) – Antecipação, Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) – Autônoma, e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

16.1.4 Na cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), a data da internação hospitalar;

16.1.5 Na cobertura de Diárias de Convalescença (DCON), a data da alta hospitalar;

16.1.6 Na cobertura de Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), a data da Internação Hospitalar na respectiva Unidade de Terapia Intensiva;

16.1.7 Na cobertura adicional de Diárias por Internação no Exterior (DIEX), a data da Internação Hospitalar no exterior;

16.1.8 Na Cobertura Adicional de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), a data do nascimento do filho com doença congênita devidamente comprovada por médico que esteja assistindo ao filho do Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

16.1.9 Na cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), a data em que o Segurado ficou incapaz de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovada por declaração de Médico habilitado.

16.1.10 Na cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), a data do acidente, que tenha originado o quadro de incapacidade do Segurado para exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovado por declaração de Médico habilitado.

16.1.11 Na Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer (DC) a data da constatação da doença informada no laudo médico.

16.1.12 Na Cobertura adicional de Doenças Graves (DG):

a) Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): a data de realização dos exames complementares que diagnosticaram precisamente a respectiva doença e seu estágio;

b) Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): a data do diagnóstico do AVC; e

c) Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: a data de realização do procedimento cirúrgico.

16.1.13 Na cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), a data da demissão, quando da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou da exoneração, quando servidor público concursado contratado sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

16.2 As regras de reintegração do Capital Segurado das coberturas estão determinadas abaixo:

16.2.1 O Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) somente será reintegrado em caso de invalidez parcial, e será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

16.2.2 Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou de Invalidez Permanente Total Por Acidente (IPTA), e o Seguro será automaticamente cancelado.

16.2.3 A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

16.2.4 A reintegração da Diária Segurada relativa às coberturas de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação Hospitalar em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON) é automática após cada internação, sem cobrança de prêmio adicional.

16.2.5 O Capital Segurado da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) não é reintegrado automaticamente após o nascimento de um filho com doença congênita. Após o pagamento integral do Capital Segurado da cobertura, esta é automaticamente cancelada e o Seguro permanece vigente com as demais coberturas contratadas, tendo o prêmio recalculado em função do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

16.2.6 A reintegração relativa a cobertura Perda de Renda por Desemprego (PRD) é automática após cada evento, sem cobrança de prêmio adicional.

16.2.7 O Capital Segurado das coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não é reintegrado automaticamente após cada evento, pois por ciclo de vigência anual da cobertura individual, os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável definido nas Condições Contratuais.

17 BENEFICIÁRIO(S)

17.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação

17.1.1 O Beneficiário dos Segurados dependentes será o Segurado titular, exceto se houver, por parte do dependente, indicação expressa na proposta de adesão ou solicitação formal preenchida e assinada pelo Segurado dependente.

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

17.1.3 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

17.1.4 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

17.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA ou IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Antecipação ou Autônoma, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON), Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Perda de Renda por Desemprego (PRD), Doenças Congênitas de Filhos (DCF), Doenças Graves (DG) e Diagnóstico de Câncer (DC), o próprio Segurado será o Beneficiário.

17.3 Para as coberturas de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), o Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado, comprovados o vínculo empregatício e as despesas rescisórias.

17.4 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), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

17.5 Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos, conforme disposto no item 19. Neste caso, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.

17.6 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), em caso de opção pelo reembolso de despesas, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

18 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.4.

18.2 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), tendo sido feita opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesas com funeral.

18.3 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 18.4 destas Condições Gerais.

18.3.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

18.4 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

18.4.1 Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário.
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- e) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;
- f) Documentos do(s) Beneficiário(s):
 - f.1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;
 - f.2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f.3) **Companheiro(a):** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;

f.4) **Filhos:** Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f.5) **Pais e outros:** cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e

f.6) **Beneficiário falecido:** cópia autenticada da Certidão de Óbito.

f.7) **Declaração de únicos Herdeiros:** Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação dos respectivos beneficiários.

f.8) **Na ausência de beneficiários indicados e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado.**

g) Se contratada a cobertura de **Rescisão Contratual por Morte (RCM)**, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

g.1) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;

g.2) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;

g.3) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

g.4) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e

g.5) Cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês da ocorrência do óbito;

18.4.2 Em caso de morte acidental:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

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

- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
- j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;
- k) Documentos do(s) Beneficiário(s):
 - k.1) **Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;**
 - k.2) **Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;**
 - k.3) **Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;**
 - k.4) **Filhos: Certidão de nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;**
 - k.5) **Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização e pagamento; e**
 - k.6) **Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.**
 - k.7) **Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente documentação dos respectivos beneficiários.**
- l) Se contratada a cobertura de **Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)**, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:
 - l.1) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - l.2) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
 - l.3) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

I.4) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e

I.5) Cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês da ocorrência do óbito;

18.4.3 Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), além dos documentos listados nos itens 18.4.1 e 18.4.2 será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

18.4.3.1 Reembolso de Despesas com Funeral:

a) Originais dos comprovantes das despesas com funeral.

b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

b.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar:

Cartão CNPJ da Empresa;

Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa;

Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

18.4.3.2 Reembolso de Despesas com locação de Jazigo:

a) Cópia do Contrato de locação do jazigo.

b) Originais dos comprovantes das despesas com locação do jazigo.

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela compra do jazigo.

18.4.3.3 Reembolso de Despesas Repatriamento do Corpo:

a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo.

b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo.

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

c.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa;

Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa;

Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

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

18.4.4 Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.5 Em caso de invalidez funcional permanente total por doença:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.4f) e 3.3.4g);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante

irreversível, nas condições previstas no item 3.3.4f) e 3.3.4g);

- e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) Laudos e exames médicos;
- g) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.6 Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- f) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- h) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.7 Em caso de Doenças Congênitas dos Filhos:

- a) Formulário de Aviso do Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas;
- d) Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;
- e) Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença;

- f) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- g) Cópia do teste do pezinho;
- h) Cópia comprovante de residência do Segurado;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- j) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;

18.4.8 Em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:

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

18.4.9 Em caso de diárias por internação hospitalar decorrente de acidente pessoal:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro [a ser fornecido pela Seguradora], devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário;
- b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

- e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.10 Em caso de diárias por internação hospitalar, inclusive por internações em U.T.I., Exterior e Convalescença:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário;
- b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.11 Em caso de Doenças Graves (DG):

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- f) Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença;
- g) Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença, e, 90 (NOVENTA) DIAS contados a partir da data do diagnóstico do AVC, laudo ou atestado médico que relate as sequelas neurológicas, se existentes.
- h) Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: folha de descrição cirúrgica e folha de sala de cirurgia que comprovem a intervenção cirúrgica.

18.4.12 Em caso de incapacidade temporária:

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

18.4.13 Em caso de diárias de incapacidade temporária por acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;

- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;
- e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- k) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia); e
- l) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;

18.4.14 Em caso de perda de emprego:

- a) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- b) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;
- c) Cópia da carteira de trabalho;
- d) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro desemprego, garantido pela Previdência Social;
- e) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.4.15 Em caso de Diagnóstico de Câncer (DC):

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;

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

18.5 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 12.8.

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

18.7 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.7.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

18.8 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

18.9 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

18.10 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

18.10.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 18.3, deverá ser observado o disposto no item 27.1.

18.10.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.3 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

18.10.3 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

18.11 Comprovado o desemprego involuntário e o direito à cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), e comprovado o direito às coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por

Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

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

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

18.12 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Sociedade Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.12.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

18.12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora.

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

18.13 Para as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

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

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

18.13.3 Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 7.1, até a alta médica.

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

18.13.5 Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada na Proposta de Adesão.

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

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

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

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

18.13.9 Quando o período em que o Segurado não possuir vínculo trabalhista/laborativo com qualquer empregador superar 30 (trinta) dias, o pagamento da cobertura Perda de Renda por Desemprego (PRD) está condicionado à apresentação mensal do comprovante do recebimento das parcelas do seguro desemprego, garantido pela Previdência Social, observado o prazo contratado.

18.14 Para a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), a indenização será paga ao Estipulante da Apólice, desde que comprovado o vínculo empregatício com o Segurado na data do sinistro.

18.15 As indenizações das coberturas de Morte (MQC), Auxílio Funeral (AUX), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total (IFPD-Antecipação), Invalidez Funcional Permanente Total (IFPD) – Autônoma, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Doenças Graves (DG), Diagnóstico de Câncer (DC), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Doença Congênita de Filhos (DCF), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

18.16 As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratado.

18.17 Para as coberturas de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

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

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

18.18 As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação Hospitalar em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

18.19 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19 OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

19.1 Quando contratada as coberturas previstas no item 3.2.2 e realizada a opção pela prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

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

19.2 Ao se acionar o serviço de Assistência, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice/Certificado correspondente.

19.3 **Quando houver opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento de capital segurado ao(s) Beneficiário(s).**

19.4 **O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:**

19.4.1 **Aquisição de jazigo ou carneiro;**

19.4.2 **Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;**

19.4.3 **Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;**

19.4.4 **Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;**

19.4.5 **Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**

19.4.6 **Custos de manutenção do jazigo;**

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

20 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 **O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):**

20.1.1 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

20.1.2 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;

20.1.3 Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

20.1.4 Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

20.1.5 Se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.

20.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1 e 20.1.2, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

20.2.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

20.2.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

20.2.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.3.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

20.3.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20.4 Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

20.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

21 CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1 Nas formas de pagamento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral e semestral, em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

21.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.1.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.2 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, ou ainda, caso não sejam pagos os prêmios de pagamento anual ou à vista, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

21.3 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

21.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

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

22 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

22.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

22.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

22.3 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte Qualquer Causa (MQC) e/ou de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA).

22.4 A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte Qualquer Causa (MQC).

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

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

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

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

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

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

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

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

22.10.1 Se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;

22.10.2 Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;

22.10.3 Com a morte ou a invalidez total por acidente ou por doença do Segurado

Principal;

22.10.4 No caso de cessação da condição de Dependente; ou

22.10.5 A pedido do Segurado Principal.

23 EXCEDENTE TÉCNICO

23.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

23.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a.1) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e

a.2) **Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

b.1) **Comissões de corretagem pagas durante o período;**

b.2) **Comissões de administração pagas durante o período;**

b.3) **Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;**

b.4) **Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e**

b.5) **Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.**

b.6) **As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**

b.7) **O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;**

b.8) **O aviso à seguradora, para sinistros;**

b.9) **A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e**

b.10) **As datas em que incorreram, para as despesas de administração.**

23.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 23.4.

23.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, 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.

23.4 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

23.5 Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

24 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Constituem obrigações do Estipulante:

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

24.1.2 Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

24.1.3 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

24.1.4 Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

24.1.5 Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

24.1.6 Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

24.1.7 Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

24.1.8 Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

24.1.9 Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

24.1.10 Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

24.1.11 Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

24.1.12 Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

24.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e

atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

25 REGIME FINANCEIRO

25.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante.

26 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

27 MORA

27.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 18.3 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

27.1.1 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

27.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

27.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

28 FORO

28.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

29 TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1o. (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:			
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15	Perda total do uso de uma falange do 1o. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				

30 TABELAS IAIF

O IAIF é composto por duas tabelas.

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÕES
<p align="center">Relações do Segurado com o cotidiano</p>	<p align="center">1º Grau:</p> <p>O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	<p align="center">00</p>
	<p align="center">2º Grau:</p> <p>O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e de cognição.</p>	<p align="center">10</p>
	<p align="center">3º Grau</p> <p>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;</p>	<p align="center">20</p>

Condições Clínicas e estruturais do Segurado	<p>1º Grau:</p> <p>O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00
	<p>2º Grau:</p> <p>O Segurado apresenta disfunção (ões) e/ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
	<p>3º Grau</p> <p>O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.</p>	20
Conectividade do Segurado com a vida	<p>1º Grau:</p> <p>O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2º Grau:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
	<p>3º Grau:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistências alimentar diárias.</p>	20

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