

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900089/2013-44

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O Seguro Coletivo de Pessoas tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de evento coberto, durante o período de cobertura contratada, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Condições Especiais deste Seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

- a) o Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes do 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.

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- 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 da invalidez por acidente pessoal.

Apólice: é o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Apólice coletiva: instrumento do contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do grupo segurável, que mantenham com o Estipulante um vínculo anterior ao seguro.

Beneficiário: é a pessoa, física ou jurídica, designada pelo Segurado para receber a Indenização deste

seguro, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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

Carência: período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à cobertura contratada, sem prejuízo do pagamento do prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não é aplicável. Na hipótese de aumento do capital segurado, o seguro estará sujeito a novo período de carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

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

Certificado individual: documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

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

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também conhecidas como condições gerais e especiais.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

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

Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

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

Declaração Pessoal de Saúde: informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

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

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

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

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

Grupo Segurado: é o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos

estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

Início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Laudo médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do segurado.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

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

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

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

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

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

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

Risco coberto: todo e qualquer evento previsto nestas condições gerais e nas condições especiais, cuja ocorrência no período de cobertura configura o sinistro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

Segurado: É a pessoa natural (física) sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado dependente: é o cônjuge e/ou filho(s) do Segurado.

Seguradora: É a Usebens Seguros S.A., empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

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

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

Vigência: é o prazo de duração do seguro contratado.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de

planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.

- 3.1.1. Morte
- 3.1.2. Invalidez Funcional Permanente por Doença
- 3.1.3. Invalidez Permanente por Acidente
- 3.1.4. Invalidez Permanente Total por Acidente
- 3.1.5. Morte Acidental
- 3.1.6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente
- 3.1.7. Diária de Internação Hospitalar
- 3.1.8. Diária de Internação Hospitalar por Acidente
- 3.1.9. Auxílio Funeral Individual
- 3.1.10. Auxílio Funeral Individual por Morte Acidental
- 3.1.11. Auxílio Funeral Familiar
- 3.1.12. Auxílio Cesta Básica
- 3.1.13. Auxílio Cesta Básica por Morte Acidental
- 3.1.14. Inclusão Facultativa de Cônjuge
- 3.1.15. Inclusão Automática de Cônjuge
- 3.1.16. Inclusão Automática de Filhos
- 3.2. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste seguro, se o evento resultar de Risco Excluído previsto no Item 4. destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à Indenização referidas no Item 11. destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.
- 3.3. Sem prejuízo do disposto no item acima, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Condições Especiais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito ali consignadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:**
 - 4.1.1. **ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;**
 - 4.1.2. **ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
 - 4.1.3. **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, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 4.1.4. **furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - 4.1.5. **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - 4.1.6. **Doenças ou Lesões Preexistentes;**
 - 4.1.7. **epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente; e**
 - 4.1.8. **suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;**
 - 4.1.9. **Ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es),**

pelo(s) beneficiário(s), e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de segurocontatados por pessoas jurídicas;

4.1.10. morte decorrente de agravações de quadros de invalidez permanente total por acidente, já indenizadas por este seguro.

4.2. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o caput desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

4.2.1. acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

4.2.2. acidentes e/ou suas conseqüências ocorridos antes da contratação do Seguro;

4.2.3. todo e qualquer tipo de curetagem uterina; exceto se conseqüente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal; e

4.2.4. tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do Seguro;

4.2.5. tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

4.2.6. cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

4.2.7. tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;

4.2.8. tratamento para obesidade em suas várias modalidades, incluindo a cirurgia bariátrica de qualquer tipo;

4.2.9. tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

4.2.10. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

4.3. Adicionalmente aos eventos previstos nos itens 4.1. e 4.2., as condições especiais disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

4.4. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

5.1. Aceitação da Proposta de Contratação

5.1.1. O contrato ou a Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

5.1.2. No caso das proposta de que se trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

5.1.3. As condições gerais completas deste seguro acompanharão o contrato ou a proposta de contratação.

5.1.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo citado, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

5.1.5. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e

aceitação da proposta de contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

5.1.6. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

5.1.6.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da proposta de contratação, haverá cobertura pelo seguro.

5.2. Proposta de Adesão do Segurado

5.2.1. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

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

5.2.3. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

5.2.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

5.2.4.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo acima citado ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

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

5.2.4.3. Decorrido o prazo estipulado no item 5.2.4. sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

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

5.2.4.5. O efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta de adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

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

5.2.5.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, formalmente, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.
- 6.2. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Condições Especiais em relação a cada cobertura.

7. CUSTEIO DO SEGURO

- 7.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
 - 7.1.1. **não contributivo**: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
 - 7.1.2. **contributivo**: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

8. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 8.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do prêmio individual e da quitação nas apólices coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.
 - 8.1.1. Os prêmios poderão ser pagos anualmente ou em períodos menores, como mensalmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas contratualmente.
- 8.2. Quando a data de vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.
- 8.3. Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.
 - 8.3.1. Quanto houver previsão de pagamento do prêmio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura do Estipulante, não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários, no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.
- 8.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso ele receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 8.5. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.
- 8.6. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 8.7. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo), ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.
 - 8.7.1. Caso extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

- 8.8. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize os pagamentos, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, sob pena de cancelamento da apólice.
- 8.8.1. No período de mora no pagamento do prêmio, haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos prêmios respectivos. As coberturas serão reabilitadas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio.
- 8.8.2. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela em atraso intercalada com parcela paga.
- 8.9. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito às coberturas contratadas do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações eventualmente devidas, sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 9.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios deste Seguro serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice ou dos certificados individuais, através do índice estipulado nas condições contratuais (INCC). Caso não tenha esta condição estipulada, será aplicada a variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.
- 9.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).
- 9.2. Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.
- 9.3. Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

10. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

- 10.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.
- 10.2. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.
- 10.3. Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos.

11. BENEFICIÁRIO(S)

- 11.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

- 11.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última indicação e/ou alteração de beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja notificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o capital segurado na forma anterior.
- 11.2. A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de beneficiário(s) por meio de procuração.
- 11.3. Não havendo indicação de beneficiário(s), a indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 12.1. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.
- 12.2. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Condições Especiais que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.
 - 12.2.1. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas Condições Especiais.
- 12.3. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 12.4. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**
- 12.5. **Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Condições Especiais.**
- 12.6. **Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.**
- 12.7. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
 - 12.7.1. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, o prazo citado no item acima ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.**
 - 12.7.2. **Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Condições Especiais.**
- 12.8. **Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á**

independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

- 12.8.1. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.**
- 12.9. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.**
- 12.10. Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais, no Brasil.**

13. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 13.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.**
- 13.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.**
 - 13.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
 - 13.2.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.**

14. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 14.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.**
- 14.2. Sem prejuízo do previsto nos itens 5.2.5., 5.2.5.1. e 5.2.5.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
 - 14.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:**
 - 14.2.1.1. cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - 14.2.1.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Garantia contratada.**
 - 14.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:**
 - 14.2.2.1. 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**
 - 14.2.2.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.**
 - 14.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.**
- 14.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas**

seguintes razões:

- 14.3.1. **inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- 14.3.2. **dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;**
- 14.3.3. **inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.**
- 14.4. **Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.**

15. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 15.1. **A apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade: com a morte do Segurado;**
 - 15.1.1. **a qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;**
 - 15.1.2. **no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;**
 - 15.1.3. **pelo atraso no pagamento do prêmio, conforme disposto no item 8.8.2. destas condições gerais;**
 - 15.1.4. **na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, o certificado individual será cancelado;**
 - 15.1.5. **na hipótese de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;**
 - 15.1.6. **com o encerramento das atividades do Estipulante.**
- 15.2. **No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**
 - 15.2.1. **A Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- 15.3. **As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. **A cobertura de cada Segurado cessa:**
 - 16.1.1. **Nas Apólices coletivas com vínculo prévio ao seguro entre Estipulante e Segurado:**
 - 16.1.1.1. **com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 15;**
 - 16.1.1.2. **quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;**
 - 16.1.1.3. **com o falecimento do Segurado;**
 - 16.1.1.4. **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a indenização;**
 - 16.1.1.5. **com a extinção do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;**
 - 16.1.1.6. **imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.**

- 16.1.2. Nas apólices coletivas com vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:
- 16.1.2.1. com o cancelamento da apólice por quaisquer das situações previstas no item 15;
 - 16.1.2.2. quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - 16.1.2.3. com o falecimento do Segurado;
 - 16.1.2.4. com o pagamento da indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a indenização;
 - 16.1.2.5. imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
 - 16.1.2.6. quando o Segurado não pagar o prêmio individual, observado o disposto no item 8.8.2 destas Condições Gerais.
- 16.1.3. Para o Segurado Dependente (cônjuge e/ou filhos), quando incluído no seguro:
- 16.1.3.1. em qualquer das hipóteses previstas nos itens 16.1.1 e 16.1.2 acima;
 - 16.1.3.2. em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas Coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do prêmio.

17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

17.1. Vigência e Renovação da Apólice

- 17.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso de Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referida Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante.
 - 17.1.1.1. O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.
 - 17.1.2. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.
 - 17.1.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.
 - 17.1.3.1. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.
 - 17.1.4. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.
 - 17.1.4.1. Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
 - 17.1.4.2. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.
 - 17.1.5. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.
- ### **17.2. Vigência dos Certificados Individuais**
- 17.2.1. Obrigatoriamente a Seguradora deverá emitir e disponibilizar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
 - 17.2.2. O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

- 17.2.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 17.2.4. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.
- 17.2.5. Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

18. DO ESTIPULANTE E DO CONSIGNANTE

- 18.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e Especiais, são, ainda, obrigações do Estipulante e do Consignante:
 - 18.1.1. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - 18.1.2. 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;
 - 18.1.3. fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
 - 18.1.4. discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - 18.1.5. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - 18.1.6. repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 18.1.7. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - 18.1.8. comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - 18.1.9. dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - 18.1.10. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - 18.1.11. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
 - 18.1.12. 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;
 - 18.1.13. o Estipulante e o Segurado devem informar à Seguradora qualquer mudança de endereço ou na condição do risco segurado;
 - 18.1.14. nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar quaisquer prejuízos aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

19. FORO

- 19.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou dos Beneficiários, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 20.1. Quaisquer alterações pretendidas no seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.
 - 20.1.1. Modificação da apólice que implique em alteração do valor dos prêmios, ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.
- 20.2. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.
- 20.3. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 20.4. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventuais alterações serão automaticamente aplicadas ao prêmio.
- 20.5. Qualquer direito do Segurado ou dos Beneficiários, com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.
- 20.6. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 20.7. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 20.8. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora no site www.susep.gov.br.
- 20.9. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.
- 20.10. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

21. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

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

O Cliente/Beneficiário, na condição de titular dos dados pessoais, tem o direito de obter, em relação aos seus dados tratados pela Seguradora, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (a) a confirmação da existência de tratamento; (b) o acesso aos dados; (c) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O Cliente/Beneficiário está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a Seguradora, através do e-mail privacidade@usebensseguros.com.br.

A Seguradora garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do Cliente/Beneficiário além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da Seguradora, acesse www.usebens.com.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas a condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura.
- 1.2. Não haverá a garantia de Indenização se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no item 4. das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à Indenização previstas no item 14. das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no item 4. das Condições Gerais do Seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
- 3.2. Reconhecida a Morte do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do falecimento do Segurado.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 5.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 5.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 5.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 6.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 6.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50%

(cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

- 7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 7.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.
- 8.2. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora são:
 - 8.2.1. Autorização para Crédito de Indenização em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.2.2. Cópia da certidão de óbito do Segurado;
 - 8.2.3. Cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
 - 8.2.4. Declaração de Causa Mortis (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
 - 8.2.5. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - 8.2.6. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
 - 8.2.7. Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
 - 8.2.8. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
 - 8.2.9. Cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
 - 8.2.10. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
 - 8.2.11. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
 - 8.2.12. Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
 - 8.2.13. Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.
- 8.3. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 8.4. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.
- 8.5. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.
- 8.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Morte do Segurado serão de responsabilidade do Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.
- 1.2. A “perda da existência independente do Segurado” é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas condições especiais.
- 1.3. Não haverá a garantia de indenização:
 - 1.3.1. Se a invalidez Funcional Permanente do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;
 - 1.3.2. se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos eventos previstos no item 4. das Condições Gerais como Riscos Excluídos;
 - 1.3.3. ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além dos termos definidos no Item 2. das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas condições especiais ou de outros documentos relativos a este Seguro:
 - 2.1.1. Agravamento mórbido: piora de uma doença.
 - 2.1.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuro mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
 - 2.1.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
 - 2.1.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
 - 2.1.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
 - 2.1.6. Ato médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
 - 2.1.7. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave, segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
 - 2.1.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
 - 2.1.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
 - 2.1.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
 - 2.1.11. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.
 - 2.1.12. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
 - 2.1.13. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

- 2.1.14. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.15. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapasse a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.16. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.17. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.18. Estados Conexos: o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.1.19. Etiologia: causa de cada doença.
- 2.1.20. Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.21. Hígido: saudável.
- 2.1.22. Médico Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.23. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.24. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.25. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.26. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.27. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.1.28. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.1.29. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.1.30. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se “risco coberto” a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, proveniente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
 - 3.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:
 - 3.1.1.1. doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 3.1.1.2. doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - 3.1.1.3. 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;
- 3.1.1.4. alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
 - 3.1.1.5. doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - 3.1.1.6. doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - 3.1.1.7. deficiência visual decorrente de:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - 3.1.1.8. doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
 - 3.1.1.9. os seguintes estados mórbidos, decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” (anexo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.2.1. O “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” é composto por dois documentos. O primeiro documento é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos e avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - 3.2.1.1. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - 3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - 3.2.1.3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 3.3. O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.3.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua**

existência independente, especificados a seguir:

- 4.1.1. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- 4.1.2. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- 4.1.3. doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 5.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.
- 5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta Cobertura. A data da Invalidez Funcional por Doença será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 7.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 7.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 7.1.3. Com o pagamento da indenização por invalidez permanente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 8.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

9. CARÊNCIA

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

individual.

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

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Seguradora são os seguintes:
- 10.1.1. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.2. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.3. Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando 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 nestas condições especiais;
 - 10.1.4. Relatório do médico-assistente 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 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.
 - 10.1.5. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;
 - 10.1.6. 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 nestas condições especiais.
 - 10.1.7. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.
- 10.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 10.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 10.4. **As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.**
- 10.5. **As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**
- 10.6. **No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.**
- 10.7. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 10.8. **A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação**

do médico nomeado pelo Segurado.

- 10.9.** Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

11.COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 11.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

12.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar os dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se; mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 embalagens, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida a atividades de higiene e asseio pessoal diários; assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	VALORAÇÃO (PONTOS)
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes 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 sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente do Segurado por causas exclusivamente acidentais durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item XX desta Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.
- 2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.
- 2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, não dá direito a indenização total.
- 2.7. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 2 destas Condições Gerais, está expressamente coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de:
 - 3.1.1. da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

- 3.1.2. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- 3.1.3. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- 3.1.4. choque elétrico e raio;
- 3.1.5. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- 3.1.6. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- 3.1.7. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- 3.1.8. queda n'água ou afogamento;
- 3.1.9. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- 3.1.10. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos excluídos previstos no item 4. das Condições Gerais do seguro, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:**
 - 4.1.1. **doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal;**
 - 4.1.2. **ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
 - 4.1.3. **prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
 - 4.1.4. **acidente vascular cerebral;**
 - 4.1.5. **acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;**
 - 4.1.6. **autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;**
 - 4.1.7. **todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de prêmio adicional.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 7.1. As indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital

Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

8. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental 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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
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 dos pés	20
	Anquilose não consolidada de um dos joelhos	20
	Anquilose não consolidada de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a ⅓ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros ou mais	10
	- de 3 (três) centímetros ou mais	06
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

Perda do uso de membros sem perda anatômica

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Aparelho genital e reprodutor	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Pescoço	

Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Tórax	
Aparelho Respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
Mamas (Femininas)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
Abdômen (órgão e vísceras)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
Intestino Grosso	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
Fígado	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Síndromes Neurológicas	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Mandíbula	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20

Nariz	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
Aparelho Visual e Anexos do Olho	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópico unilateral	07
Entrópico bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Sistema auditivo	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
Baço	
Perda do Baço	15
Aparelho Urinário	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

- 8.2. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 8.3. tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

- 8.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante relacionado na tabela acima.
- 8.5. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:
- 8.5.1. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.5.2. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.5.3. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.5.4. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 8.5.5. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
 - 8.5.6. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
 - 8.5.7. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
 - 8.5.8. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
 - 8.5.9. radiografia do membro atingido, se for o caso; e
 - 8.5.10. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental,
 - 8.5.11. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:
 - Indicação da data do acidente;
 - Detalhamento 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;
 - 8.5.12. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- 8.6. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 8.7. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 8.8. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 8.9. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 8.10. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

9. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

- 9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por

órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

- 9.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os 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.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

11. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 11.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
- 11.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 11.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 11.1.3. Com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

10. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 10.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

11. CARÊNCIA

- 11.1. Para esta cobertura, não há carência.

DISPOSIÇÕES GERAIS

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do capital contratado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, durante a vigência do seguro e consequente de invalidez permanente total por acidente pessoal do Segurado, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento ou depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez, sob critérios devidamente especificados nos itens destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Configuram a Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto.
- 2.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista no item 3. abaixo, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

3. DA COBERTURA

- 3.1. Considera-se invalidez permanente total a ocorrência comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestado por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes casos:
 - 3.1.1. perda total da visão de ambos os olhos;
 - 3.1.2. perda total da visão de ambos os olhos;
 - 3.1.3. perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - 3.1.4. perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - 3.1.5. perda total do uso de ambas as mãos;
 - 3.1.6. perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
 - 3.1.7. perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - 3.1.8. perda total do uso de ambos os pés;
 - 3.1.9. alienação mental total e incurável.
- 3.2. Para efeito da indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a invalidez permanente total por acidente decorrente de:
 - 4.1.1. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - 4.1.2. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
 - 4.1.3. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes,

excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- 4.1.4. choque elétrico e raio;
- 4.1.5. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- 4.1.6. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- 4.1.7. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- 4.1.8. queda n'água ou afogamento;
- 4.1.9. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- 4.1.10. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos previstos no item 4. das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- 5.1.1. **doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal;**
- 5.1.2. **ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- 5.1.3. **prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- 5.1.4. **acidentes e suas conseqüências, ocorridos antes da contratação do Seguro;**
- 5.1.5. **autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;**
- 5.1.6. **acidente vascular cerebral;**
- 5.1.7. **eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- 5.1.8. **todo e qualquer dano estético, incluindo perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- 5.1.9. **todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do seguro.
- 6.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Não há reintegração do capital segurado, após ocorrência de um evento coberto.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
- 9.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 9.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 9.1.3. Com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

10. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 10.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

11. CARÊNCIA

- 11.1. Para esta cobertura, não há carência.

12. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 12.1. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 12.2. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante relacionado no item 4 – Riscos Cobertos.
- 12.3. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:
- 12.3.1. Autorização para Crédito de Indenização em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 12.3.2. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 12.3.3. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 12.3.4. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 12.3.5. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
 - 12.3.6. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
 - 12.3.7. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
 - 12.3.8. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
 - 12.3.9. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental,
 - 12.3.10. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:
 - Indicação da data do acidente;
 - Detalhamento 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;
 - 12.3.11. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez),

incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

- 12.4. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.**
- 12.5. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 12.6. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o item anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 12.7. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 12.8. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**
- 12.9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 12.10. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total por Acidente os 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.**

DISPOSIÇÕES GERAIS

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

MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 2., está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:
- 3.1.1. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - 3.1.2. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
 - 3.1.3. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - 3.1.4. choque elétrico e raio;
 - 3.1.5. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
 - 3.1.6. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - 3.1.7. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
 - 3.1.8. queda n’água ou afogamento;
 - 3.1.9. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
 - 3.1.10. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos previstos no item 4. das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura Morte Acidental, os eventos ocorridos em consequência de:
- 4.1.1. **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - 4.1.2. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 4.1.3. **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 4.1.4. **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
 - 4.1.5. **Acidente Vascular Cerebral;**

- 4.1.6. **eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- 4.1.7. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;**
- 4.1.8. **Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 7.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 7.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 7.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 8.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

9. CARÊNCIA

- 9.1. Para esta cobertura, não há carência.

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Seguradora são os seguintes:
 - 10.1.1. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.2. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - 10.1.3. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
 - 10.1.4. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - 10.1.5. laudo de Necropsia ou Cadavérico;
 - 10.1.6. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
 - 10.1.7. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do

acidente;

- 10.1.8. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
 - 10.1.9. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
 - 10.1.10. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
 - 10.1.11. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e XII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.
- 10.2. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 10.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 10.4. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.
- 1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. No entanto, desde que preservada a livre escolha do Segurado, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no item 4. das Condições Gerais do Seguro.**
 - 3.1.1. **Não estão abrangidas, na cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente, as despesas decorrentes de:**
 - 3.1.1.1. estado de convalescença(após a alta médica) e as despesas com acompanhantes;
 - 3.1.1.2. aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
 - 3.1.1.3. cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
 - 3.1.1.4. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
 - 3.1.1.5. Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica;
 - 3.1.1.6. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 3.1.1.7. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - 3.1.1.8. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - 3.1.1.9. Acidente Vascular Cerebral;
 - 3.1.1.10. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
 - 3.1.1.11. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - 3.1.1.12. estados de convalescença (após alta médica hospitalar e/ou odontológica) e as despesas de acompanhantes.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 7.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 7.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 8.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

9. CARÊNCIA

- 9.1. Para esta cobertura, não há carência.

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:
 - 10.1.1. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.2. aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.3. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.4. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 10.1.5. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
 - 10.1.6. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
 - 10.1.7. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
 - 10.1.8. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
 - 10.1.9. radiografias, se houver;
 - 10.1.10. relatório do Médico Assistente (formulário fornecido pela Seguradora);

- 10.1.11. laudo Oftalmológico (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 10.1.12. notas Fiscais originais das despesas médicas discriminando cada um dos procedimentos realizados; e
 - 10.1.13. cópia autenticada do Receituário Médico.
- 10.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
 - 10.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
 - 10.4. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
 - 10.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
 - 10.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**
 - 10.7. **As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente de doenças ou acidentes previstos e cobertos por este seguro.
- 1.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de franquia e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- 2.3. Limite máximo de diárias indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal comerto, a contar do término do período de franquia.
- 2.4. Período de hospitalização indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. DA COBERTURA

- 3.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente de doença ou acidente pessoal devidamente cobertos, respeitados os demais itens destas Condições Especiais.
- 3.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.
- 3.3. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze) horas**, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.4. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias** por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.5. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.
- 3.6. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesmainternação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos excluídos previstos no item 4. das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:**

- 4.1.1. Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;
 - 4.1.2. Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
 - 4.1.3. Hospitalização decorrente de doenças congênitas;
 - 4.1.4. Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - 4.1.5. Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
 - 4.1.6. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
 - 4.1.7. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
 - 4.1.8. Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.
- 4.2. Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:
- 4.2.1. Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
 - 4.2.2. Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
 - 4.2.3. Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
 - 4.2.4. Home Care (internação domiciliar).

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 5.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.
- 5.3. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.
- 5.4. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual, com limite máximo de 15 (quinze) dias.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
 - 6.1.1. O capital segurado corresponde a cada diária de hospitalização, devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de hospitalização indenizável, observados a franquia e o limite máximo de diárias

indenizáveis.

- 6.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de franquia e se estenderão até a alta, observado o limite máximo de diárias indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 6.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da hospitalização.
- 6.4. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
- 7.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 7.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 9.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 9.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva.

10. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 10.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

11. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 11.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:
 - 11.1.1. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 11.1.2. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
 - 11.1.3. Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - 11.1.4. Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

- 11.1.5. Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- 11.1.6. Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;
- 11.1.7. Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- 11.1.8. Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- 11.1.9. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- 11.1.10. No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.
- 11.2. **A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.**
- 11.3. **As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 11.4. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 11.5. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.**

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente única e exclusivamente de acidentes previstos e cobertos por este seguro.
- 1.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de franquia e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- 2.3. Limite máximo de diárias indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal comerto, a contar do término do período de franquia.
- 2.4. Período de hospitalização indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. DA COBERTURA

- 3.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente única e exclusivamente de acidente pessoal, devidamente coberto, respeitados os demais itens destas Condições Gerais.
- 3.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.
- 3.3. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de 12 (doze) horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.4. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.5. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.
- 3.6. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesmainternação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos excluídos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:**
 - 4.1.1. **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo**

- ou marítimo, que der origem à sua internação;
- 4.1.2. acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - 4.1.3. quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;
 - 4.1.4. Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
 - 4.1.5. Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
 - 4.1.6. Hospitalização decorrente de doenças congênitas;
 - 4.1.7. Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - 4.1.8. Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
 - 4.1.9. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
 - 4.1.10. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
 - 4.1.11. Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.
- 4.2. **Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:**
- 4.2.1. Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
 - 4.2.2. Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
 - 4.2.3. Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
 - 4.2.4. Home Care (internação domiciliar).

5. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 5.1. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.
- 5.2. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.
- 5.3. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou do Certificado Individual, com limite máximo de 15 (quinze) dias.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
 - 6.1.1. O capital segurado corresponde a cada diária de hospitalização, devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de hospitalização indenizável, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.
- 6.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de franquia e se estenderão até a alta, observado o limite máximo de diárias indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 6.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.
- 6.4. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
- 7.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 7.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente, será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 9.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 9.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva.

10. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 10.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

11. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 11.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são:
 - 11.1.1. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 11.1.2. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
 - 11.1.3. Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - 11.1.4. Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja

um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

- 11.1.5. Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- 11.1.6. Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;
- 11.1.7. Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- 11.1.8. Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- 11.1.9. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- 11.1.10. No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.
- 11.2. **A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior.**
- 11.3. **As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 11.4. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 11.5. **Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.**

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Individual, caso o Segurado venha a falecer, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.
- 1.2. O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Entende-se por “despesas com funeral” passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:
 - 2.2.1. Urna/caixão;
 - 2.2.2. Higienização Básica;
 - 2.2.3. Ornamentação do corpo;
 - 2.2.4. Coroa de flores da estação;
 - 2.2.5. Véu;
 - 2.2.6. Paramentos (essa);
 - 2.2.7. Velas;
 - 2.2.8. Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
 - 2.2.9. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
 - 2.2.10. Livro de presença;
 - 2.2.11. Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
 - 2.2.12. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente.
- 2.3. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro e em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionadas a:
 - 3.1.1. Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - 3.1.2. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
 - 3.1.3. eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência a pessoa em perigo;

- 3.1.4. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato médico de urgência;**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
- 6.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
- 6.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
- 6.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 7.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 7.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

8. CARÊNCIA

- 8.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 8.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

9. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para à Seguradora, são os seguintes:
- 9.1.1. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- 9.1.2. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- 9.1.3. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- 9.1.4. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- 9.1.5. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
- 9.1.6. notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.
- 9.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

- 9.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 9.4. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 9.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 9.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas às condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Individual, caso o Segurado venha a falecer **única e exclusivamente por causas acidentais**, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.
- 1.2. O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:
 - 2.2.1. Urna/caixão;
 - 2.2.2. Higienização Básica;
 - 2.2.3. Ornamentação do corpo;
 - 2.2.4. Coroa de flores da estação;
 - 2.2.5. Véu;
 - 2.2.6. Paramentos (essa);
 - 2.2.7. Velas;
 - 2.2.8. Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
 - 2.2.9. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
 - 2.2.10. Livro de presença;
 - 2.2.11. Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
 - 2.2.12. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente.
- 2.3. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Segurado direito à indenização, os eventos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro, e em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionadas a:**
 - 3.1.1. **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - 3.1.2. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 3.1.3. **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**

- 3.1.4. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- 3.1.5. Acidente Vascular Cerebral;
- 3.1.6. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- 3.1.7. competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- 3.1.8. Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- 3.1.9. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 6.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 6.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 6.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 7.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 7.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

8. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são:
 - 8.1.1. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.2. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.3. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 8.1.4. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - 8.1.5. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
 - 8.1.6. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;
 - 8.1.7. Cópia autenticada do Inquérito Policial, quando for o caso;

- 8.1.8. Notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.
- 8.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 8.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 8.4. **Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 8.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 8.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Familiar, caso o cônjuge e/ou o(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos do Segurado venham a falecer, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Estarão cobertos por esta cobertura o cônjuge e/ou o(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos do Segurado, devidamente incluídos no seguro, estendendo-se esta cobertura aos natimortos, quando houver realização de funeral.
- 1.3. O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:
 - 2.2.1. Urna/caixão;
 - 2.2.2. Higienização Básica;
 - 2.2.3. Ornamentação do corpo;
 - 2.2.4. Coroa de flores da estação;
 - 2.2.5. Véu;
 - 2.2.6. Paramentos (essa);
 - 2.2.7. Velas;
 - 2.2.8. Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
 - 2.2.9. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
 - 2.2.10. Livro de presença;
 - 2.2.11. Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
 - 2.2.12. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente.
- 2.3. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Familiar e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro e em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionadas a:**
 - 3.1.1. **Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**

- 3.1.2. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- 3.1.3. eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência a pessoa em perigo;
- 3.1.4. competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato médico de urgência;

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 6.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 6.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 6.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 7.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 7.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

8. CARÊNCIA

- 8.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 8.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

9. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado ou pelo Beneficiário para à Seguradora, são os seguintes:
 - 9.1.1. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 9.1.2. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 9.1.3. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado Dependente;
 - 9.1.4. cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado Dependente;
 - 9.1.5. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;

- 9.1.6. notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.
- 9.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 9.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 9.4. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou pelo Beneficiário.**
- 9.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 9.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO

- 1.1. Essa cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer:
 - 1.1.1. a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos; e/ou
 - 1.1.2. desemprego involuntário do Segurado.
- 1.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidas na proposta de adesão e/ou no certificado individual do seguro, como também ao evento que estiver relacionado.
- 1.3. O pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - 1.3.1. Por intermédio de fornecimento de cesta de alimento;
 - 1.3.2. Pelo crédito em cartão magnético.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Cesta Básica em caso de morte do Segurado e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro e em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionadas a:**
 - 2.1.1. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 2.1.2. **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 2.1.3. **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
 - 2.1.4. **eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
 - 2.1.5. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;**
 - 2.1.6. **doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.**
- 2.2. **Na hipótese da contratação da cobertura de Cesta básica, conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental e/ou da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - 2.2.1. **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - 2.2.2. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 2.2.3. **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 2.2.4. **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**

- 2.2.5. Acidente Vascular Cerebral;
- 2.2.6. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- 2.2.7. todo e qualquer dano estético, inclusive perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.
- 2.3. Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte ou Morte Acidental, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 2.1. e 2.2.
- 2.4. Na hipótese da contratação, exclusivamente, da cobertura de Cesta Básica, vinculado ao evento de Desemprego Involuntário, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - 2.4.1. Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
 - 2.4.2. pedido de demissão pelo empregado;
 - 2.4.3. adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
 - 2.4.4. qualquer acordo entre empregado e empregador;
 - 2.4.5. dispensa do empregado por justa causa;
 - 2.4.6. jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
 - 2.4.7. perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
 - 2.4.8. prestação de Serviço Militar;
 - 2.4.9. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - 2.4.10. campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
 - 2.4.11. extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
 - 2.4.12. dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
 - 2.4.13. segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2;
 - 2.4.14. segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
 - 2.4.15. proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
 - 2.4.16. militares que sejam exonerados de suas funções;
 - 2.4.17. proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais;
 - 2.4.18. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado para esta cobertura está estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte Natural, a data da ocorrência do acidente,

no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou a data do desligamento no caso de Desemprego Involuntário, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:
 - 5.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
 - 5.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
 - 5.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;
 - 5.1.4. Com a data da comunicação da demissão (data inicial do aviso prévio), independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 6.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 6.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são: I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.1. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.2. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 8.1.3. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - 8.1.4. Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho física: página da foto e qualificação civil, página da admissão e dispensa; ou
 - 8.1.5. Cópia simples das seguintes páginas da carteira de trabalho eletrônica: página inicial com nome e CPF e última alteração, página dos contratos com a quantidade de contratos, o nome de todas as empresas trabalhadas com a data de entrada e saída;
 - 8.1.6. cópia do termo de rescisão de contrato de trabalho e termo de quitação de rescisão do contrato de trabalho/ homologação.
 - 8.1.7. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário.

- 8.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 8.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 8.4. **Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 8.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 8.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

AUXÍLIO CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Essa cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, exclusivamente por Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos.
- 1.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidas na proposta de adesão e/ou no certificado individual do seguro, como também ao evento que estiver relacionado.
- 1.3. O pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - 1.3.1. Por intermédio de fornecimento de cesta de alimento;
 - 1.3.2. Pelo crédito em cartão magnético.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura em caso de morte do Segurado e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Item 4. das Condições Gerais do Seguro e em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionadas a:**
 - 2.1.1. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 2.1.2. **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 2.1.3. **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
 - 2.1.4. **eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
 - 2.1.5. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;**
 - 2.1.6. **Acidente Vascular Cerebral.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado para esta cobertura está estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados individuais do seguro.
- 3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere

esta Cobertura cessa ainda para o Segurado:

- 5.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente cobertura;
- 5.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
- 5.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;

6. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 6.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.
- 6.2. A cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra Cobertura deste seguro.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Para esta cobertura, não há carência.

8. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são:
 - 8.1.1. I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.2. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
 - 8.1.3. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
 - 8.1.4. Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - 8.1.5. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
 - 8.1.6. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - 8.1.7. Cópia de Inquérito Policial.
- 8.2. Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.
- 8.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 8.4. **Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**
- 8.5. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 8.6. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir o cônjuge do Segurado Principal que assim o solicitar, garantindo ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.
- 1.2. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.
- 1.3. Não poderá participar desta cobertura facultativa, o cônjuge que faça parte do Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 1.4. Beneficiários: Em caso de morte do Cônjuge do Segurado Principal, a indenização devida será paga ao Segurado Principal, salvo no caso de nomeação expressa de outrem pelo cônjuge.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.
- 2.2. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 4.1. A inclusão do cônjuge do Segurado Principal na apólice é realizada facultativamente, desde que obedçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura(s) contratada(s) e demais disposições contratuais.
- 4.2. A Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.
- 4.3. Para a aceitação do cônjuge poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a Seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta cobertura será equivalente a um percentual do capital segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura(s) contratada(s).
 - 5.1.1. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Facultativa de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1. Início de vigência da Cobertura Facultativa de Cônjuge
 - 6.1.1. A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com

o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

6.2. Início de vigência dos riscos individuais

- 6.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 6.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação Desta Cobertura” de cada um das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta cobertura facultativa cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da apólice coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura facultativa.

7.1.1. Cessação da cobertura individual

- 7.1.1.1. Com a cessação da condição de cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de prêmio;
- 7.1.1.2. Quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge;
- 7.1.1.3. Com o falecimento do Cônjuge.

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), além do documento de comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:
- 10.1.1. Certidão de casamento atualizada; ou
- 10.1.2. Provas de união estável.
- 10.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.
- 10.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**
- 10.4. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir o cônjuge do Segurado Principal, garantindo ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.
- 1.2. Não poderá participar desta cobertura facultativa, o cônjuge que faça parte do Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 1.3. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.
- 1.4. Beneficiários: Em caso de morte do Cônjuge do Segurado Principal, a indenização devida será paga ao Segurado Principal, salvo no caso de nomeação expressa de outrem pelo Segurado Dependente, ou seja, pelo cônjuge.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.
- 2.2. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 4.1. A inclusão do cônjuge do Segurado Principal na apólice é realizada automaticamente.
- 4.2. A Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.
- 4.3. Somente poderão participar do seguro os cônjuges que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas condições gerais, na(s) cobertura(s) contratada(s) e demais disposições contratuais.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta cobertura será equivalente a um percentual do capital segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura(s) contratada(s).
 - 5.1.1. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Automática de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6.2. Início de vigência dos riscos individuais

- 6.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 6.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de cônjuge, de acordo com o item 2.1. acima.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação Desta Cobertura” de cada um das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta cobertura facultativa cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da apólice coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura facultativa.

7.1.1. Cessação da cobertura individual

- 7.1.1.1. Com a cessação da condição de cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de prêmio;

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

- 8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), além do documento de comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

10.1.1. Certidão de casamento atualizada; ou

10.1.2. Provas de união estável.

- 10.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

- 10.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

- 10.4. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

- 1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir automaticamente todos os filhos de até 21 (vinte e um) anos incompletos do Segurado Principal, respeitadas as Condições Gerais e Especiais do Seguro.
- 1.2. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Automática de Filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.
- 1.3. Beneficiários: A indenização devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 1.4. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, independentemente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cobertura.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Filhos: para efeito desta Cobertura é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 2.2. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

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

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Em qualquer hipótese o Capital Segurado do Segurado Dependente será estabelecido no Contrato de Seguro, limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao Segurado Principal.
- 5.2. Para os menores de 14 (catorze) anos, a Cobertura de Morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1. Início de vigência da Cobertura Automática de Filhos
 - 6.1.1. A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratada(s) para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.
- 6.2. Início de vigência dos riscos individuais
 - 6.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 6.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s), de acordo com o item 2.1. acima.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessaçãõ Desta Cobertura” de cada um das coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta cobertura cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da apólice coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura facultativa.

7.1.1. A cobertura individual cessa em caso de extinçãõ da condiçãõ de Filho(s), definida no item 2.1. acima.

8. PRÊMIO E CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

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

9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

10. INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

10.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulaçãõ e Liquidaçãõ de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s)., além do documento de comprovaçãõ da condiçãõ de Filho, por meio de:

10.1.1. Cópia da certidãõ de nascimento ou RG

10.1.2. CPF

10.2. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

10.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenizaçãõ devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentaçãõ básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrênciã de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

10.4. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficarã suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigênciãs pelo Beneficiário.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do seguro. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relaçãõ a esta cobertura, têm funçãõ subsidiária.