

CONDIÇÕES GERAIS

EMPRESARIAL TAXA MÉDIA
15.414.004594/2005-56



CNPJ: 61.383.493/0001-80

EMPRESARIAL TAXA MÉDIA

12/2021

SOMPO SEGUROS S.A - CNPJ 61.383.493/0001-80

Endereço: Rua Cubatão, 320 - São Paulo/SP - CEP: 04013-001

www.sompo.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo: 3156-2990 - Demais Localidades: 0800 77 19 119 - Ouvidoria: 0800 77 32 527

Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 77 19 759 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56

SAC Seguros: 0800 77 19 719

Prezado(s) Sr(s),

Parabéns!

Seja(m) bem vindo(s) à crescente família de segurados da Sompo Seguros.

A partir de agora, seus colaboradores contarão com a tranquilidade e proteção de uma seguradora com mais de 60 anos de experiência e solidez.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Empresarial Taxa Média, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Deverão ser consideradas nas Condições Especiais apenas as coberturas contratadas.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, das obrigações, restrições e exclusões, evitando dúvidas quanto à sua utilização.

Lembre(m)-se: a Sompo Seguros e seu Corretor estarão sempre prontos para atender suas necessidades de proteção, agora e no futuro.

Atenciosamente,

SOMPO SEGUROS

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo - 3156-2990
Demais Localidades - 0800 77 19 119

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:
Automóvel, Riscos Especiais, Transportes e Vida – 0800 77 19 719
www.consumidor.gov.br

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 77 19 759

Ouvidoria: 0800 77 32 527

A Ouvidoria da Sompo Seguros é um canal de comunicação adicional, que permite aos segurados, beneficiários e corretores manifestarem suas opiniões sobre os produtos e serviços disponibilizados pela Seguradora. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos diversos setores e departamentos da Seguradora no atendimento das demandas de segurados e corretores, devendo ser acionada apenas como último recurso para solução de algum problema ou conflito junto a Seguradora.

As solicitações e reclamações devem ser encaminhadas contendo informações mínimas para a devida análise: o nome do segurado/beneficiário, CPF/CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone e e-mail para contato e o número do protocolo do canal de atendimento utilizado antes de acionar a Ouvidoria.

O número do protocolo do atendimento anterior é obrigatório para registrar uma demanda na Ouvidoria. Caso a demanda seja feita na Ouvidoria sem o número do protocolo, a mesma será direcionada ao SAC.

Os assuntos recebidos serão analisados e respondidos em até 15 dias contados a partir da data do recebimento da manifestação.

De segunda a sexta-feira das 8h30 às 17h30.

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS**PLANO COLETIVO – TAXA MÉDIA****ÍNDICE GERAL**

1	CONDIÇÕES GERAIS.....	6
1	DISPOSIÇÕES GERAIS PRELIMINARES.....	6
2	OBJETIVO DO SEGURO	6
3	DEFINIÇÕES	6
4	COBERTURAS DO SEGURO	8
5	RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
6	PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.....	10
7	PROPOSTA DE ADESÃO	11
8	VIGÊNCIA.....	12
9	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	12
10	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	14
11	CAPITAL SEGURADO	14
12	REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	14
13	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITALS E PRÊMIOS.....	14
14	INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	14
15	ALTERAÇÃO DO SEGURO.....	15
16	CUSTEIO DO SEGURO	15
17	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	15
18	TAXA DE PRÊMIO.....	17
19	CARÊNCIA E FRANQUIA	17
20	SINISTROS.....	17
21	PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO	18
22	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
23	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA - OBRIGAÇÕES	20
24	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	20
25	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	20
26	TRIBUTOS	20

27	PRESCRIÇÃO	20
28	FORO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	20
I -	COBERTURA DE MORTE	21

CONDIÇÕES GERAIS

1 DISPOSIÇÕES GERAIS PRELIMINARES

- 1.1 A aceitação deste seguro está sujeita à análise de risco.
- 1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.4 Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao fim de sua vigência sem devolução dos prêmios pagos.
- 1.5 Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do segurado ao seguro.
- 1.6 As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

2 OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1 Este seguro objetiva garantir, ao segurado ou a seus beneficiários, o pagamento de uma importância em dinheiro limitada ao valor do capital segurado contratado caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas pelo estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais condições contratuais.

3 DEFINIÇÕES

- 3.1 Os termos e expressões abaixo, quando utilizadas no corpo destas Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas, terão os significados aqui considerados:
 - a) **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente, Total ou Parcial, do Segurado, incluindo-se ainda neste conceito:
 - o suicídio e sua tentativa;
 - os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e,
 - os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
 - a) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:
 - b) 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;
 - c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- d) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
 - e) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 3.1, acima.
-
- b) Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado.
 - c) Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que, integrado por estas Condições Gerais, discrimina o interesse segurado, as coberturas contratadas, os direitos e obrigações das partes contratantes e os demais elementos do contrato de seguro.
 - d) Beneficiários: Pessoas físicas ou jurídicas a quem o segurado reconhece o direito de receber a indenização, ou parte dela, devida pelo seguro. Os beneficiários podem ser certos (determinados) quando constituídos nominalmente na proposta, ou incertos (indeterminados) quando não indicados no momento da contratação do seguro.
 - e) Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.
 - f) Capital Segurado: importância máxima fixada para cada cobertura contratada, estabelecida na Proposta de Contratação e ou na Proposta de Adesão.
 - g) Carência: período de tempo durante o qual o segurado não tem direito à garantia do seguro, embora a Seguradora faça jus ao recebimento do prêmio correspondente a esse mesmo período.
 - h) Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.
 - i) Cláusula Suplementar: cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no seguro.
 - j) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem o seguro, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice, de eventuais endossos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.
 - k) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que regulam especificamente cada uma das coberturas e das cláusulas suplementares que possam ser contratadas.
 - l) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.
 - m) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações das partes, podendo alterar disposições das Condições Gerais e Especiais.
 - n) Corretor de Seguros: pessoa intermediária legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
 - o) Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: informações prestadas pelos proponentes em questionário constante da Proposta de Adesão.
 - p) Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças contraídas, inclusive as congênitas, e as lesões acidentais sofridas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que sejam de seu conhecimento e não sejam declaradas na Proposta de Adesão.
 - q) Endosso: documento emitido pela Seguradora durante a vigência da apólice formalizando alteração contratual havida.

- r) Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de seguro coletivo em proveito de grupo a ela vinculado por qualquer modo e que, a partir da vigência da apólice, fica investida dos poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- s) Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas contratadas, que caracteriza sinistro.
- t) Excedente Técnico: saldo positivo obtido na apuração do resultado operacional da apólice em um período determinado.
- u) Fracionamento do Prêmio: modalidade em que a vigência do seguro se reduz à falta de pagamento integral do prêmio ajustado.
- v) Franquia: período, contado em dias, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado previsto. A franquia é deduzida por evento ocorrido.
- w) Grupo Segurado: aquele constituído pelos componentes do grupo segurável que foram regularmente aceitos e incluídos no seguro.
- x) Grupo Segurável: aquele constituído por pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, assim como, nas hipóteses de contratação de Cláusulas Suplementares, seus cônjuges ou companheiros e filhos dependentes.
- y) Natimorto: feto morto dentro do útero.
- z) Prêmio: valor devido à Seguradora em contraprestação da garantia ao interesse legítimo do segurado quanto aos riscos cobertos pelas coberturas contratadas.
- aa) Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva.
- bb) Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado.
- cc) Proposta de Adesão: documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais.
- dd) Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar, em proveito de grupo de pessoas a ele vinculado, uma ou mais coberturas previstas nestas Condições Gerais e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento destas Condições Gerais.
- ee) Regime Financeiro de Repartição Simples: método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período.
- ff) Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos a cargo da Seguradora que visa apurar se a ocorrência de um determinado evento, analisadas suas causas e circunstâncias, está garantida por uma das coberturas contratadas, e, em caso positivo, quantificar o valor do capital segurado devido.
- gg) Risco Decorrido: aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente.
- hh) Riscos Excluídos: são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.
- ii) Segurado Principal: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante e sobre a qual recaem os riscos garantidos pelas coberturas contratadas.
- jj) Segurados Dependentes: o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a legislação da Previdência Social e do Imposto de renda.
- kk) Seguradora: empresa devidamente autorizada a operar seguros e que garante os riscos previstos nas coberturas contratadas.
- ll) Sinistro: ocorrência de risco coberto pelas coberturas contratadas.

4 COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas possíveis de serem contratadas por este seguro são as seguintes, cujos contornos e características estão descritos nas respectivas Condições Especiais, sendo certo que esta Seguradora apenas garantirá os riscos previstos nas coberturas que forem contratadas pelo Estipulante e que constarão da Proposta de Contratação e do Contrato:

- a) Morte
- b) Indenização Especial por Acidente – IEA
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente
- e) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO
- f) Doenças Graves
- g) Doença Terminal
- h) Assistência Funeral
- i) Auxílio Funeral
- j) Auxílio Cesta Básica
- k) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DI
- l) Doença Congênita
- m) Rescisão Trabalhista
- n) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD – Antecipação da cobertura de Morte
- o) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
- p) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – ILPD – Antecipação da cobertura de Morte
- q) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – ILPD
- r) Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- s) Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional
- t) Auxílio Creche
- u) Auxílio Invalidez Permanente Total por Acidente
- v) Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente
- w) Diária por Internação Hospitalar
- x) Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD
- y) Invalidez Permanente Total por Acidente Atleta Profissional
- z) Invalidez Permanente Total por Acidente Profissional
- aa) Perda de Renda por Desemprego
- bb) Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença
- cc) Risco Cirúrgico
- dd) Doenças Graves Plus
- ee) Morte Acidental em Atividade Laborativa Principal

- 4.1 Este seguro possibilita ainda a contratação de Cláusulas Suplementares que admitem, se contratadas, a inclusão de segurados dependentes no seguro, na forma estabelecida no texto das cláusulas específicas:
- inclusão de cônjuge;
 - inclusão de filhos e ou enteados do Segurado, considerados dependentes conforme a regulamentação da previdência social e ou do imposto de renda.
- 4.2 Quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 4.3 O Estipulante deverá informar na Proposta de Contratação quais coberturas pretende contratar.
- 4.3.1 Somente os sinistros decorrentes das coberturas expressamente contratadas pelo Estipulante estarão amparados por este seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1 **Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - 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, atos terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
 - suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro;
 - condução ou pilotagem, por parte do Segurado, de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
 - ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
 - atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
 - nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;
 - epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.
- 5.2 **Além dos riscos acima especificados, estão excluídos também aqueles expressamente mencionados como riscos excluídos nas Condições Especiais das coberturas contratadas pelo Estipulante.**

6 PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

- 6.1 A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.
- 6.2 A Proposta de Contratação deverá ser entregue à Seguradora mediante protocolo de recebimento, com indicação de data e hora.
- 6.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 6.4 Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e ou outras informações que julgar necessárias.
 - 6.4.1 Na hipótese do item 6.4, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 6.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos e ou informações adicionais.
 - 6.4.2 Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.
 - 6.4.3 Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.
 - 6.4.4 Em caso de recusa da Proposta de Contratação, o proponente receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir desta data e juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.

7 PROPOSTA DE ADESÃO

- 7.1 Poderão ser incluídos no seguro os integrantes do grupo segurável que preencham as seguintes condições:
 - a) estejam em boas condições de saúde;
 - b) estejam em plena atividade profissional;
 - c) no momento da inclusão, tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais;
 - d) os aposentados que se enquadrem nas condições estabelecidas pelas alíneas antecedentes.
- 7.2 As condições previstas no item 7.1 não se aplicam nas hipóteses de transferências de seguros de outras Seguradoras.
- 7.3 A inclusão do proponente no seguro se fará mediante sua adesão, conforme indicação na Proposta de Contratação, sendo automática quando o seguro abranger todos os componentes do grupo segurável, e facultativa quando abranger os componentes do grupo que tiverem sua inclusão expressamente declarada.
 - 7.3.1 A Proposta de Adesão deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data e hora.
- 7.4 A Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos é automática e pode ser contratada desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges.
- 7.5 As condições de inclusão e aceitação do cônjuge e de filhos, bem como o valor do Capital Segurado, estão reguladas nas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e de Filhos, respectivamente. O valor do Capital Segurado do Segurado Dependente não será, em nenhuma hipótese, superior ao do Segurado Principal.
- 7.6 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.
- 7.7 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e ou outras informações que julgar necessárias.

- 7.7.1 Na hipótese do item 7.7, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos e ou informações adicionais.**
- 7.8 Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.
- 7.9 Aceita a proposta de adesão, a Seguradora disponibilizará ao Estipulante o respectivo Certificado Individual, que será responsável por seu envio ao segurado.
- 7.10 Em caso de recusa da Proposta de Adesão, o proponente receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir desta data e juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.
- 7.11 O índice mínimo de adesão de segurados para o início e manutenção da vigência da apólice será fixado na Proposta de Contratação e no Contrato.

8 VIGÊNCIA

- 8.1 Vigência da Apólice
- 8.1.1 Salvo estipulação contrária constante da Proposta de Contratação e do Contrato, a apólice vigorará pelo prazo de um ano, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- 8.1.2 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.
- 8.1.3 Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 8.1.4 Não haverá renovação automática para seguros com prazo de vigência inferior a um ano.
- 8.1.5 O início de vigência da apólice se dará às 24 horas da data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou da data de recepção da proposta, se esta for recebida com adiantamento de prêmio.
- 8.1.6 Durante o período de aviso prévio previsto na cláusula 8.1.1. não serão admitidas movimentações e/ou alterações na apólice de seguro.
- 8.2 Vigência dos Seguros Individuais
- 8.2.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 8.2.2 As coberturas de cada segurado terão o início de vigência às 24 horas da data estabelecida no Contrato, ou da data de recepção da Proposta de Adesão, se esta for recebida com adiantamento de prêmio.

9 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 9.1 A apólice será cancelada:
- por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, respeitado o aviso prévio de 60 dias a partir da data de protocolo de toda a documentação;
 - pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios;
 - quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora;

d) pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 17.1.2 e 17.8, destas Condições Gerais.

- 9.1.1 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 9.1.2 Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do estipulante, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 17.1.4.
- 9.1.3 A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 9.2 As coberturas de um segurado serão canceladas:
- a) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
 - b) pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 17.1.2 e 17.8, destas Condições Gerais;
 - c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
 - d) pela ocorrência de sua morte ou pelo recebimento do capital segurado previsto para as coberturas de Invalidez TOTAL e Permanente do Segurado, de Doenças Graves, quando contratada esta cobertura como antecipação total do Capital por Morte, e de Doença Terminal, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados conforme cláusula 23, destas Condições Gerais;
 - e) automaticamente se o Segurado, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
 - f) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.
- 9.2.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 9.2.1.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 9.2.1.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 9.3 As coberturas do Segurado Dependente serão canceladas:
- a) com o cancelamento das coberturas do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
 - b) por solicitação do Segurado Principal, quando a inclusão do Segurado Dependente for facultativa;
 - c) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
 - d) a separação de fato entre o Segurado Principal e o Segurado Dependente retira, deste último, a qualidade de segurado;
 - e) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal;
 - f) com o cancelamento da Cláusula Suplementar.

10 CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 10.1 No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:
- a) data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
 - b) Capitais Segurados de cada cobertura contratada; e,
 - c) valor do prêmio total.
- 10.2 Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.
- 10.3 A Seguradora disponibilizará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

11 CAPITAL SEGURADO

- 11.1 Quando os Capitais Segurados não forem idênticos para todos os Segurados, serão fixados tendo como parâmetros valores objetivos, tais como: salário, função, número de dependentes, etc. e o seu critério de determinação constará expressamente do Contrato.
- 11.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado das coberturas contratadas, a data fixada nas respectivas Condições Especiais.
- 11.3 Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados devidos por morte ou invalidez deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do sinistro.

12 REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

- 12.1 Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e no Contrato, e poderão ser revistos a qualquer momento a pedido do Estipulante, com a revisão proporcional do valor do prêmio. À proposta de alteração dos capitais aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.
- 12.1.1 Em caso de aumento do Capital Segurado, poderá ser estabelecida nova carência sobre a parcela acrescida do Capital Segurado, ficando a critério da Seguradora dispensá-la.
- 12.1.2 Nos casos em que a forma do custeio do seguro for contributivo, a alteração do Capital Segurado dependerá de anuência expressa de segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 12.2 As revisões de capitais e prêmios aplicam-se a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a adoção do mesmo critério de revisão previsto para os Segurados ativos.

13 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS E PRÊMIOS

- 13.1 Os Capitais Segurados e os prêmios serão atualizados anualmente na forma da cláusula 23, destas Condições Gerais, desde que haja a renovação do contrato de seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.
- 13.2 No caso de Capital Segurado Múltiplo Salarial, os valores do Capital Segurado e dos prêmios serão reajustados segundo a variação dos salários e ou proventos do Segurado.

14 INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

- 14.1 O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.
- 14.2 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

- 14.2.1 A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.
- 14.3 Não havendo expressa indicação de Beneficiário na ocasião do falecimento do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago de acordo com o que estabelece o art. 792, do Código Civil brasileiro.
- 14.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO, Doenças Graves, Doença Terminal, Auxílio Funeral Familiar, Diárias por Incapacidade Temporária por doença ou acidente – DIT, Doença Congênita de Filho e Risco Cirúrgico, previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte e invalidez do Segurado Dependente, quando tiver sido contratadas as Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e Filhos, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.
- 14.4.1 É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

15 ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 15.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante e proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 15.1.1 À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.
- 15.2 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita formal e expressamente.
- 15.3 Qualquer alteração no contrato de seguro em vigor que implique em ônus ou deveres aos Segurados, ou na redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 15.3.1 A alteração que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou em redução de seus direitos, poderá ser feita por acordo entre Estipulante e Seguradora.

16 CUSTEIO DO SEGURO

- 16.1 Para fins deste seguro e de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação e no Contrato, o custeio poderá ser:
- a) não contributivo, quando os segurados não contribuem para o pagamento do prêmio;
 - b) contributivo, quando os segurados contribuem, total ou parcialmente, para o pagamento do prêmio.
- 16.2 Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante será sempre o único responsável, junto à Seguradora, pelo pagamento do prêmio.
- 16.3 Sendo contributivo o seguro, quando a contribuição do segurado for descontada em folha de pagamento o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

17 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 17.1 A periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada na Proposta de Contratação e no Contrato.
- 17.1.1 Sendo mensal a forma de pagamento do prêmio, não haverá o seu fracionamento.
- 17.1.2 Na hipótese de fracionamento, a data de vencimento da última parcela de prêmio não poderá ultrapassar o término da vigência da apólice.
- 17.1.3 O não pagamento da primeira parcela na data de seu vencimento implica no cancelamento imediato do contrato.

- 17.1.4 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir.
- 17.1.4.1 Para percentuais não previstos na tabela do item 17.1.4, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

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

- 17.1.5 A Seguradora informará, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item antecedente.
- 17.1.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 17.1.4, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.
- 17.2 O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.
- 17.3 Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança da parte do prêmio relativo ao risco decorrido, atualizada monetariamente e acrescida de juros de mora, calculados pro-rata-die até o efetivo pagamento, na forma da Cláusula 23, destas Condições Gerais.
- 17.4 Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 17.5 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora.
- 17.6 Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 17.7 Fica vedada a cobrança de taxa de inscrição ou de intermediação neste seguro.
- 17.8 A falta de pagamento do prêmio até o vencimento não acarretará a suspensão das coberturas, e o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado sobre sua mora, podendo purga-la no prazo estabelecido na notificação.
- 17.8.1 O não pagamento no prazo assinalado na notificação acarretará o cancelamento da apólice, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.
- 17.9 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, observado o disposto no subitem 17.8, acima, acarretará o cancelamento da apólice e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

18 TAXA DE PRÊMIO

- 18.1 Adotar-se-á a taxa média ou taxa única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados pelo produto das taxas aplicáveis a cada cobertura contratada ao seu respectivo Capital Segurado.
- 18.1.1 A taxa média indicada no caput será acrescida dos carregamentos técnicos, impostos e das taxas vigentes.
- 18.2 A taxa média será calculada no início de vigência da apólice e recalculada anualmente no seu aniversário com base no grupo segurado.
- 18.2.1 Caso a alteração de taxa implique em ônus aos Segurados deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária.

19 CARÊNCIA E FRANQUIA

- 19.1 A carência e ou a Franquia, quando houver, serão estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, sendo que a carência terá prazo máximo de 6 (seis) meses.
- 19.1.1 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice.
- 19.1.2 No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos na apólice anterior.
- 19.2 A carência poderá ser aplicada a todas ou apenas a algumas das coberturas contratadas.
- 19.2.1 Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de adesão do segurado ao seguro.

20 SINISTROS

- 20.1 Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega, mediante protocolo, do formulário denominado "Aviso de Sinistro", observadas, ainda, as demais disposições desta cláusula.
- 20.2 O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, e será feito em parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas:
- 20.2.1 Para qualquer sinistro
- 20.2.1.1 Documentos do Segurado
- a) cópia da Carteira de Identidade, do CPF ou da Certidão de Nascimento, quando menor de 18 anos, e do comprovante de residência do Segurado.
- 20.2.1.2 Documentos do(s) Beneficiário(s)
- a) cópia da carteira de Identidade, do CPF ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s).
- b) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- d) em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que com o Segurado vivia maritalmente, especificando o período e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
- 20.2.2 relatório emitido pelo médico assistente do segurado;

- 20.2.2.1 Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.
- 20.2.3 Não respeitado o prazo previsto no subitem 20.2, os valores devidos serão atualizados desde a data do sinistro e acrescidos de juros de mora, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.
- 20.3 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados nesta cláusula, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 20.4 No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões e ou doença, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 20.4.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 20.4.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 20.5 As despesas efetuadas para obtenção dos documentos necessários à comprovação do sinistro correrão por conta do Segurado ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.5.1 Os encargos de tradução dos documentos necessários à liquidação de sinistro relacionado à cobertura que preveja reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão reembolsados pela Seguradora com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo desembolso, atualizado monetariamente.

21 PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

- 21.1 **A Seguradora não pagará qualquer capital segurado com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, seu representante, seu corretor de seguros ou Beneficiários:**
- inobservância da Lei e ou das obrigações convencionadas neste seguro;
 - fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
 - agravação intencional do risco objeto das coberturas contratadas;
 - não fornecimento da documentação solicitada.
- 21.2 **Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o 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.**
- 21.2.1 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:**
- I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou,
 - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento, deduzindo, do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

22 OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1 Sem prejuízo das obrigações legais e administrativas bem como das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

II - 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;

III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

V - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VI - 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;

VII - 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;

VIII - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

XI - 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 caracteres tipográficos maiores ou iguais aos do Estipulante;

XII - dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral, e,

XIII – não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na apólice, sob pena de arcar com a responsabilidade deste ato.

23 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA - OBRIGAÇÕES

- 23.1 A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações utilizando-se do Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE), com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 23.1.1 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 23.1.2 A atualização será feita com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 23.2 O não cumprimento das obrigações pela seguradora e segurado ora previstas nestas condições gerais os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, mais a atualização monetária prevista na Cláusula 23.1, desde a data do evento.
- 23.3 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

24 ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 24.1 O presente seguro cobre todos os sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária contida nas Condições Especiais e ou no Contrato.

25 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 25.1. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

26 TRIBUTOS

- 26.1. Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a Lei determinar.

27 PRESCRIÇÃO

- 27.1 Qualquer direito do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento na presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28 FORO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

- 28.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.
- 28.1.1 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

SOMPO SEGUROS

CONDIÇÕES ESPECIAIS**I - COBERTURA DE MORTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado, por causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de riscos excluído e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte.

3. CARÊNCIA

3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
- c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) radiografias do Segurado (quando houver);
- f) guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- h) Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - i) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
 - j) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
 - k) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
 - l) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - m) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
 - n) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

II - COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE

1. **OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o recebimento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. O conceito de acidente pessoal, para efeito desta cobertura, é o que consta das Condições Gerais da apólice, item 3.1.

2. **RISCOS EXCLUÍDOS**

2.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a) 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) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. **CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. **OCORRÊNCIA DE SINISTRO**

- 4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - b) cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
 - c) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;

- d) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- f) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

5. RATIFICAÇÃO

- 5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

III- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento, parcial ou total, do capital segurado contratado nas hipóteses e nos graus estabelecidos na anexa Tabela para Cálculo de Pagamento do Capital Segurado em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.
- 1.3. A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.
- 1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.
- 1.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 1.7. Para efeito de pagamento do capital segurado, a perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez permanente apurado pela Tabela para Cálculo de Pagamento do Capital Segurado em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 1.8. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 1.9. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, o capital segurado será calculado na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 1.10. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito ao recebimento de qualquer valor do capital segurado por invalidez permanente.
- 1.11. As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Total ou Parcial e Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por invalidez parcial ou total permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua invalidez total em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.
- 1.12. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 1.13. Nos casos não especificados na Tabela para Cálculo de Pagamento do Capital Segurado em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, o capital segurado por invalidez será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão, de acordo com o grau de redução máximo, médio e mínimo, sendo o pagamento do capital segurado calculado na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 1.14. É a seguinte a Tabela para Cálculo de Pagamento do Capital Segurado em Caso de Invalidez Permanente por acidente:

1. DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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	9

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	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

2. **RISCOS EXCLUÍDOS**

2.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a) 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) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos,

assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado, total ou parcial, é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) cguia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

IV- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento total do capital segurado contratado nas hipóteses de Invalidez Total e Permanente por Acidente em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. A invalidez total e permanente por acidente caracteriza-se exclusivamente com os seguintes diagnósticos:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total e incurável;
 - i) Nefrectomia bilateral.
- 1.3. **A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.**
 - 1.3.1. **A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.**
- 1.4. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.5. **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.**
- 1.6. **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 1.7. **Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.**
- 1.8. **As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:
 - a) **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) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**

- c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto e vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. 4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

V - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao segurado o reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados para o exercício da profissão.
- 1.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) **doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente;**
- b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;**
- d) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- e) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.**

2.2. Também estão excluídas da cobertura as despesas realizadas com:

- a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;**
- b) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

3.2. O pagamento será feito em uma única parcela.

3.3. Se após efetuado o pagamento da indenização por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, ocorrer a morte acidental ou a invalidez permanente total ou parcial por acidente, decorrente do mesmo acidente anteriormente indenizado, não haverá dedução do valor já indenizado.

3.4. Após o pagamento do capital devido em razão de um sinistro, a cobertura será plenamente restabelecida, com a reintegração do capital segurado.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

4.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médicas, hospitalares e odontológicas mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, das despesas com medicamentos devidamente acompanhadas das receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico-assistente e contas hospitalares.

5.2. Devem ser anexadas também cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de Residência.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

VI- COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao Segurado caso este apresente, na vigência do seguro, diagnóstico de uma das doenças graves listadas no subitem seguinte, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Para fins desta cobertura, são consideradas Doenças Graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições abaixo especificadas:
 - 1.2.1. qualquer doença cardiológica (Arterial, Muscular ou Valvular) que cause desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que incapacite o segurado para qualquer atividade física, sem evolução com tratamento médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:
 - a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispneia, palpitação ou angina;
 - b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispneia, fadiga, palpitação ou angina;
 - c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispneia, fadiga, palpitação ou angina;
 - d) Classe IV: há dispneia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.
 - 1.2.2. Doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.
 - 1.2.3. Doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o torne o segurado incapaz do exercício de qualquer atividade física.
 - 1.2.4. Doenças neurológicas severas e irreversíveis com sequelas motoras e cognitivas que impeçam o segurado de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.
- 1.3. **O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.**
- 1.4. **Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.**

2. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

- 2.1. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
- 2.2. Na hipótese de contratação na forma de antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao Segurado, mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato.
- 2.3. No caso de antecipação total do Capital Segurado da Garantia por Morte, o segurado será automaticamente excluído do seguro.
 - 2.3.1. **No caso de antecipação parcial do Capital Segurado da Garantia por Morte, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado relativo à Cobertura por Morte, o pagamento dessa Cobertura será efetuado descontando-se o valor já pago em razão desta Cobertura.**
 - 2.3.2. **Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado sem qualquer reflexo na cobertura morte.**
- 2.4. **Não haverá pagamento do Capital Segurado referente a esta cobertura se o diagnóstico da doença, assim como o aviso de sinistro, ocorrer após o falecimento do Segurado.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura quaisquer doenças não previstas no item 1.2, acima, segundo os critérios nele definidos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

4.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença grave.

5. CARÊNCIA

5.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença;

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

VII - COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento ao Segurado do Capital Segurado previsto para a Cobertura Morte, caso venha a ser considerado portador de doença em fase terminal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
 - 1.1.1.1 Considera-se portador de doença em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevida não superior a 6 (seis) meses.
- 1.2. O diagnóstico da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do Segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.
- 1.3. Por ser esta Cobertura uma antecipação total do Capital Segurado da Garantia por Morte, quando contratada, pago o capital segurado estipulado o segurado será automaticamente excluído do seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 2.1.1.. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença terminal, tal como definida no subitem 1.1.1. destas Condições Especiais.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
 - b) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
 - c) cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

VIII - COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante, em caso de morte do segurado, o reembolso das despesas realizadas com o funeral ou a prestação de serviço de assistência, até o valor do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
 - 1.1.1. A Seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral diretamente ao responsável pelo dispêndio, até o limite do Capital Segurado contratado.
- 1.2. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais, e se as despesas realizadas forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.
- 1.3. Contratada esta cobertura para os segurados principais, o Estipulante poderá contratá-la também para os Segurados Dependentes, ao seu exclusivo critério.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Em substituição ao reembolso, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, e se as despesas realizadas pelo prestador de serviço forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.
- 2.2. A prestação dos serviços de sepultamento ou cremação será feita exclusivamente no território nacional (onde existir esse serviço) e engloba os seguintes itens, exclusivamente:
 - a) **Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença;**
 - b) **cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:**
 1. **preparação do corpo para acomodação em urna;**
 2. **caixão/urna funerária feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobre babados;**
 3. **véu ou manto mortuário, quando necessário;**
 4. **enfeite floral e coroas de flores;**
 5. **capela mortuária ou velório;**
 6. **aparelho de ozona;**
 7. **mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;**
 8. **carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;**
 9. **sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 10. **pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 11. **providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;**
 12. **indicação de locação de um jazigo, dependendo da disponibilidade do local, por um período de até 3 (três) anos contados da data do falecimento, no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento.**
 - c) **traslado e/ou repatriamento de corpo, onde o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de moradia habitual do segurado.**

1. **No que se refere ao traslado e/ou repatriamento do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no município de moradia habitual do segurado no Brasil.**
 - 2.2.1. Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado e/ou repatriamento.
3. **RISCOS EXCLUÍDOS**
 - 3.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.
4. **CAPITAL SEGURADO**
 - 4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.
 - 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.
5. **CARÊNCIA**
 - 5.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.
6. **ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA**
 - 6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território global.
7. **OCORRÊNCIA DE SINISTRO**
 - 7.1. Se a cobertura for utilizada na forma de indenização, os documentos básicos necessários estão relacionados nas Condições Gerais do seguro.
 - 7.2. **Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados nas Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:**
 - a) **Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.**
 - 7.3. **Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados nas Condições Gerais do seguro.**
 - 7.4. **Para todos os beneficiários desta cobertura, utilizada na forma de reembolso de despesas realizadas com o funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:**
 - a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
 - b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
 - c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
 - d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.
 - 7.4.1. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:
 - a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
 - b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

7.4.2. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

7.4.3. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

8. RATIFICAÇÃO

- 8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

IX - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. Contratada esta cobertura para os segurados principais, o Estipulante poderá contrata-la também para os Segurados Dependentes, ao seu exclusivo critério.
- 1.3. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
 - 1.3.1. Na hipótese de contratação na forma de antecipação parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a falecer.
 - 1.3.1.1. Por se tratar de antecipação parcial do capital segurado previsto para a Cobertura por Morte, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado relativo à Cobertura por Morte, o pagamento dessa Cobertura será efetuado descontando-se o valor já pago em razão desta Cobertura.
 - 1.3.2. Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro devem ser apresentados os documentos elencados nas Condições Gerais.

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XI- COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital contratado a título de Auxílio Cesta Básica, **exceto se a morte do segurado for decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Para todos os beneficiários do segurado nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

6.1.1. Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

6.1.2. Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- e) Cópia da Certidão de Nascimento;
- f) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

6.1.3. Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos,

citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

6.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XI - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento de diárias em caso de sua impossibilidade, contínua e ininterrupta, de exercer sua atividade profissional, seja a incapacidade causada por doença ou por acidente pessoal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrente de risco excluído e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. A impossibilidade de exercer sua profissão ou ocupação deve ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de laudo e ou declaração médica idônea a essa finalidade. Além dos documentos listados no item 7, abaixo.
- 1.3. O número máximo de diárias a que se obriga esta seguradora será fixado na Proposta de Contratação e no Contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:
 - a) **gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;**
 - b) **anomalias congênitas;**
 - c) **hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico e acidente coberto;**
 - d) **cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
 - e) **tratamento para obesidade;**
 - f) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
 - g) **doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;**
 - h) **aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;**
 - i) **tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto; e,**
 - j) **cirurgia para esterilização.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância relativa à renda mensal do segurado contratada e comprovada, a ser paga por diária de afastamento em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais.
- 3.3. O pagamento das diárias devidas será feito mensalmente, sendo o primeiro pagamento realizado dentro de 30 (trinta) dias do aviso de sinistro.
- 3.4. A Diária de Incapacidade tem também como objetivo atender a uma complementação salarial, no caso de afastamento do trabalho conforme definido na Cláusula 1 destas Condições Especiais, conforme parâmetros definidos no Contrato.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. FRANQUIA

5.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias, contados do afastamento do segurado de suas atividades profissionais, contando-se o período em que as diárias são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta Cobertura é o território brasileiro.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a) cópia do laudo de 1º atendimento médico hospitalar;
- b) cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial, se houver;
- d) cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- e) cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- f) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto para o afastamento;
- g) cópias de todos os laudos de exames realizados.

7.1.1. Para segurados com vínculo empregatício, acrescem-se os seguintes documentos:

- a) laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social;
- b) documento comprobatório do recebimento do Auxílio-Doença;
- c) cópia da Carteira de Trabalho (CTPS);
- d) cópia da Ficha de Registro de Empregado, completa e atualizada;
- e) cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir).

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XII - COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA

1. **OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado na hipótese de invalidez de filho decorrente de doença congênita diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
 - 1.1.1. Doenças congênitas são aquelas adquiridas antes do nascimento ou até mesmo depois, no primeiro mês de vida, seja qual for a causa, caracterizadas por deformações estruturais (anomalias ou malformações congênitas).
- 1.2. **Estão cobertas, exclusivamente, as seguintes doenças:**
 - a) **malformação do sistema nervoso: central e periférico;**
 - b) **malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;**
 - c) **malformação da traqueia e dos pulmões;**
 - d) **malformação dos rins;**
 - e) **malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;**
 - f) **malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;**
 - g) **malformação dos órgãos dos sentidos; e,**
 - h) **anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).**
- 1.3. **O pagamento do capital segurado desta Cobertura será devido apenas se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.**
- 1.4. **A doença deve ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.**
 - 1.4.1. **A Seguradora poderá solicitar exames laboratoriais e especializados, além de laudos periciais que comprovem a doença.**
 - 1.4.2. **Não sendo caracterizada a doença pelos documentos médicos apresentados, a Seguradora poderá sugerir a realização de perícia médica.**
- 1.5. **As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do Segurado, exceto as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas as medidas necessárias à elucidação do ocorrido e enquadramento da cobertura.**

2. **RISCOS EXCLUÍDOS**

- 2.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 5ª, (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura de Doenças Congênitas:
 - a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
 - b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental cujos efeitos sejam reconhecidos pelo Estado;
 - c) decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

3. **CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

4. **CARÊNCIA**

- 4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b) exame anatomopatológicos que indiquem a doença congênita;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- d) cópia atualizada e autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a Segurada principal (quando houver);
- e) radiografias do filho do Segurado (quando houver);
- f) guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida, em caso do morte de filho do Segurado.
- h) cópia da Certidão de Óbito, na morte deste, se for o caso
- i) cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do filho do Segurado, se for o caso.

5.2. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XIII - COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Estipulante o pagamento do Capital Segurado contratado, a título de verbas rescisórias, com a ocorrência da morte do Segurado Principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do Segurado.

3. CUSTEIO

3.1. O prêmio para esta Cobertura será suportado exclusivamente pelo Estipulante.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são aqueles elencados nas Condições Gerais.

5. CARÊNCIA

5.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Para a Cobertura Adicional de Rescisão Trabalhista (RT), os documentos básicos necessários são:

6.1.1. Em caso de morte do segurado por causa natural:

6.1.1.1. Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada com a averbação do óbito (se casado);

6.1.1.2. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;

6.1.1.3. Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado;

6.1.1.4. Cópia do holerite mais atual do segurado, quando o capital segurado for definido em função do salário;

6.1.1.5. Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito;

6.1.2. Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 6.1, :

6.1.2.1. Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado;

6.1.2.2. Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);

6.1.2.3. Cópia do laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);

6.1.2.4. Cópia do termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);

6.1.2.5. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;

6.1.2.6. Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);

6.1.2.7. Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);

6.1.2.8. Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente).

6.2. Para todos os beneficiários do segurado na Cobertura Adicional de Rescisão Trabalhista, os documentos básicos necessários são:

- 6.2.1. Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- 6.2.2. Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- 6.2.3. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- 6.2.4. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7. RATIFICAÇÃO

- 8. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.**

XIV - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a Cobertura por Morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será comprovada por relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil.
 - 1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.
- 1.5. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença uma antecipação da Cobertura por Morte, pago o Capital estipulado o segurado será, imediata e automaticamente, excluído do seguro.
 - 1.5.1. Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 1.6. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como todas as demais, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Agravo mórbido: piora de uma doença.
- 2.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.
- 2.3. Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. Cardiopatia Grave: Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

- 2.10. Consump
ção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. Dados Antropométricos: peso e altura.
- 2.12. Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- 2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar em que o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica em Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, com ou sem tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.21. Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.
- 2.22. Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interajam.
- 2.23. Hígido: saudável.
- 2.24. Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.25. Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.26. Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.27. Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.29. Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.30. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.31. Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.32. Transferência Corporal: Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 3.3.1. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.2. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E/O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E/OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, 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, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.
- 4.2. 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 a invalidez garantida por esta Cobertura.**
- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.**
- 5. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO**
- 5.1. As despesas efetuadas para a demonstração da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 6. CAPITAL SEGURADO**
- 6.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.
- 7. CARÊNCIA**
- 7.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.
- 8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO**
- 8.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) declaração Médica com informações e registros contendo diagnóstico inicial, evolução e o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 3.1, 3.2 e 3.3 destas Condições Especiais, justificando a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
 - b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
 - c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
 - d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 8.1.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.
- 8.1.2. 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.
- 8.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 9. RATIFICAÇÃO**
- 9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XV - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento do capital segurado previsto para esta Cobertura em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será comprovada por relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil.
 - 1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.
- 1.5. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como todas as demais, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Agravamento mórbido: piora de uma doença.
- 2.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.
- 2.3. Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. Cardiopatia Grave: Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.10. Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. Dados Antropométricos: peso e altura.
- 2.12. Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- 2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar em que o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

- 2.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica em Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, com ou sem tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.21. Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.
- 2.22. Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interajam.
- 2.23. Hígido: saudável.
- 2.24. Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.25. Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.26. Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.27. Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.29. Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.30. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.31. Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.32. Transferência Corporal: Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:
 - a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 3.3.1. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.2. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E/O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E/OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10

	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.</p>	20
--	---	----

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, 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, os abaixo especificados:
- a) a perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.
- 4.2. 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 a invalidez garantida por esta Cobertura.
- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

5. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 5.1. As despesas efetuadas para a demonstração da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

7. CARÊNCIA

7.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) declaração Médica com informações e registros contendo diagnóstico inicial, evolução e o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 3.1, 3.2 e 3.3 destas Condições Especiais, justificando a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

8.1.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.

8.1.2. 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.

8.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XVI - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a Cobertura por Morte, quando contratada, em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, consequente exclusivamente de doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
 - 1.2.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. A invalidez laborativa permanente e total por doença deve ser comprovada por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.
 - 1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.
- 1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 1.6. Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa.
- 1.7. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de invalidez laborativa permanente e total por doença uma antecipação da Cobertura por Morte, pago o Capital estipulado o segurado será, imediata e automaticamente, excluído do seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XVII - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento do capital segurado contratado previsto para esta Cobertura, em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, consequente exclusivamente de doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
 - 1.2.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. A invalidez laborativa permanente e total por doença deve ser comprovada por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.
 - 1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.
- 1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 1.6. Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;

- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XVIII - COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental, ou ao próprio Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a Cobertura por Morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será comprovada por relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil.
 - 1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.
- 1.5. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença uma antecipação da Cobertura por Morte, pago o Capital estipulado o segurado será, imediata e automaticamente, excluído do seguro.
 - 1.5.1. Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 1.6. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como todas as demais, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e altura.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar em que o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica em Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, com ou sem tratamento.
- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.21. **Etiologia:** causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.
- 2.22. **Fatores de Risco e Morbidade:** fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interajam.
- 2.23. **Hígido:** saudável.
- 2.24. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.25. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.26. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.27. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.28. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.29. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.30. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.31. **Sequela:** qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.32. **Transferência Corporal:** Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como risco coberto a morte, natural ou acidental, ou a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 3.3.1. A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.2. A segunda, **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E/O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E/OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.	20

1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos para o caso de invalidez funcional permanente e total por doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c) c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.
- 4.2. 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 a invalidez garantida por esta Cobertura.**
- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.**
- 5. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO**
- 5.1. As despesas efetuadas para a comprovação da morte ou a demonstração da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade dos beneficiários ou do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 6. CAPITAL SEGURADO**
- 6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para o caso de morte, a data da morte.
- 6.1.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para o caso de invalidez funcional permanente e total por doença, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.
- 7. CARÊNCIA**
- 7.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.
- 8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO**
- 8.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
 - c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
 - d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
 - e) radiografias do Segurado (quando houver);
 - f) guia de internação hospitalar (quando houver);
 - g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- 8.2. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;

- b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
 - c) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
 - d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - e) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
 - f) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- 8.3. Em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos nas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) declaração Médica com informações e registros contendo diagnóstico inicial, evolução e o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 3.1, 3.2 e 3.3** destas Condições Especiais, justificando a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
 - b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
 - c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
 - d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 8.3.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.
- 8.3.2. 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.
- 8.4. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

9. RATIFICAÇÃO

- 9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XIX - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, mediante o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento **antecipado** do Capital Segurado contratado para a Cobertura por Morte na hipótese de constatação de invalidez total e permanente do Segurado decorrente direta e **exclusivamente de doença profissional relacionada à sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e nas presentes Condições Especiais, observadas, ainda, as demais Condições Contratuais do seguro.**
- 1.2. Entende-se por doença profissional, para fins desta cobertura, aquela produzida ou desencadeada diretamente pelo exercício do trabalho e que conste da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.
- 1.3. Entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional, para fins desta cobertura, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação do Segurado para o exercício de sua atividade laborativa principal através dos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
 - 1.3.1. Atividade laborativa principal, para fins desta cobertura, é a atividade regulada pelo contrato de trabalho entre o Segurado e o Estipulante da Apólice.
- 1.4. **A Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional deve ser comprovada pela concessão de aposentadoria por invalidez pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, concedida durante a vigência desta cobertura, e por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez em decorrência de doença profissional, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.**
 - 1.4.1. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente total previsto nesta cobertura, sendo necessária a comprovação de que a invalidez permanente total decorreu de doença profissional.**
 - 1.4.2. **O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.**
- 1.5. **Não haverá garantia desta Cobertura para doenças profissionais diagnosticadas e/ou com data de início de tratamento anterior à inclusão do segurado no seguro e ao início de vigência da cobertura individual.**
- 1.6. **Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa, e, caso tenham sido indevidamente incluídas no seguro, os prêmios recolhidos concernentes a esta garantia serão reembolsados pela Seguradora tão logo disto se tome conhecimento.**
- 1.7. **Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional do Segurado, e tendo sido requerido o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura por Morte, nos termos destas Condições Especiais, uma vez pago o Capital contratado, o Segurado será imediatamente e automaticamente excluído do seguro.**

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga ao Segurado em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data de concessão do benefício de aposentadoria pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, **desde que confirmado, por declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, ser a invalidez decorrente de doença profissional.**

3. CARÊNCIA

3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda, redução ou impotência definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) doença profissional cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione;
- d) doença profissional que não produza Invalidez Permanente e Total Por Doença Profissional, conforme definição do item 1.3, destas Condições Especiais;
- e) doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva e não se relacione à doença profissional.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) documento do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS comprovando a concessão de aposentadoria por invalidez;
- b) laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez permanente total **por doença profissional**;
- c) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XX - COBERTURA DE AUXÍLIO CRECHE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Responsável legal do menor, o pagamento até o limite do capital contratado a título de Auxílio Creche em caso de morte do segurado, exceto se a morte do segurado for decorrente de riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Os limites referentes a idade do (s) filho (s) serão abrangidos, por esta cobertura, na proposta de contratação e no contrato.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, independentemente da quantidade de filhos do Segurado.
 - 2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

- 4.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro, cabe ao Representante Legal do Menor providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do(s) representante(s) legal(is) do menor;
 - b) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) do representante(s) legal(is) do menor.
 - 5.1.1. Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:
 - a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
 - b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.
 - 5.1.2. Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:
 - a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).
- 5.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Creche não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXI - COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento integral do capital segurado na hipótese de Invalidez Total e Permanente por Acidente em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais, bem como nas Condições Gerais e observadas as demais Condições Contratuais.
 - 1.1.1. O auxílio invalidez total e permanente por acidente caracteriza-se exclusivamente com os seguintes diagnósticos:
 - b) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - d) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - e) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - f) Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior;
 - g) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - h) Perda total do uso de ambos os pés;
 - i) Alienação mental total e incurável;
 - j) Nefrectomia bilateral.
- 1.2. O auxílio invalidez por acidente deverá ser comprovado mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.
 - 1.2.1. A Seguradora reserva-se no direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.4. A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.5. Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Auxílio Invalidez Permanente Total Por Acidente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:
 - a) 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) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
 - d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto e vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXII - COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao segurado o pagamento do capital contratado a título de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, exceto se for decorrente de riscos excluídos e observadas as disposições das Condições Contratuais.
- 1.2. Observar o limite de 1 (um) evento por ano, durante o período de vigência do seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do afastamento por acidente do segurado de suas atividades profissionais.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

- 3.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

4. FRANQUIA

- 4.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias, contados do afastamento do segurado de suas atividades profissionais, contando-se o período em que são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) 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) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
 - d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
 - e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- b) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) do segurado.
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- d) radiografias do Segurado (quando houver);
- e) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- f) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- g) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- h) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- i) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- j) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXIII - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de sua internação hospitalar por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas consecutivas, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal Coberto, **exceto se decorrente de risco excluído e observadas as demais Condições Contratuais.**
 - 1.1.1. Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.
- 1.2. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.
- 1.3. O pagamento será feito em uma única parcela.
- 1.4. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da diária internação hospitalar será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para internação hospitalar direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os decorrentes de: gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;
 - a) anomalias congênitas;
 - b) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico e acidente coberto;
 - c) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
 - d) tratamento para obesidade;
 - e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; e tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - f) doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;
 - g) aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;
 - h) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto; e,
 - i) cirurgia para esterilização.
 - j) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up e investigação diagnóstica;
 - k) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
 - l) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - m) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
 - n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
 - o) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - p) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
 - q) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;

- r) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- s) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado; e
- t) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga por diária de internação hospitalar, em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da internação.
- 3.2. O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura será definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4. FRANQUIA

- 4.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar, contando-se o período em que as diárias são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

- 5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta Cobertura é o território brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:
 - a) cópia do laudo de 1º atendimento médico hospitalar;
 - b) cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
 - c) cópia do boletim de ocorrência policial, se houver;
 - d) cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
 - e) cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
 - f) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos;
 - g) cópias de todos os laudos e resultados de exames realizados.
 - h) RG ou outro documento de identidade, e CPF do segurado (cópia simples).
 - i) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
 - j) CNH – Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito), sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
 - k) Prontuário médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples).
 - l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
 - m) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original).
 - n) cópia da Carteira de Trabalho (CTPS);
 - o) Guia de recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
 - p) cópia da Ficha de Registro de Empregado, completa e atualizada;
 - q) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples).

r) cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir).

6.2. Na ocorrência de mais de um evento coberto dentro do mesmo período de vigência, a soma das diárias não poderão exceder a quantidade de diárias e o limite do capital contratados, observadas as Condições Contratuais.

6.3. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da diária internação hospitalar será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para internação hospitalar direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXIV - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado o pagamento de indenização em caso de internação hospitalar pelo período mínimo consecutivo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrente de acidente pessoal ocorrido ou doença iniciada dentro do período de vigência do seguro, **exceto se causada por riscos excluídos e observados os períodos de carência, de franquia e as demais Condições Contratuais.**
 - 1.1.1. Considera-se como início da internação aquele determinado por médico, que possa ser comprovado por relatório de hospitalização, e, como término, data, com horário, definido no relatório de alta do paciente.
- 1.2. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados os períodos de carência e de franquia, bem como o limite contratual máximo fixado nas condições contratuais, que não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por evento.
- 1.3. O pagamento será feito em uma única parcela.
- 1.4. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da diária internação hospitalar será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para internação hospitalar direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente ou mesma doença avisados em sinistro durante o período de vigência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os decorrentes de:
 - a) gravidez, parto e aborto, assim como as suas consequências destes eventos, exceto se decorrente de acidente coberto;
 - b) anomalias congênitas;
 - c) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico e acidente coberto;
 - d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
 - e) tratamento para obesidade;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; e tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) doenças mentais ou psiquiátricas, incluindo internações por eventos relacionados, em hospitais gerais ou específicos, quaisquer que sejam suas espécies e causas;
 - h) Internações domiciliares (home-care), ainda que autorizadas ou determinadas por médico assistente;
 - i) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto; e,
 - j) cirurgia para esterilização.
 - k) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up e investigação diagnóstica;
 - l) Internações para tratamento e/ou reabilitação de vícios em substâncias que causem dependência, como drogas e álcool, exceto se a internação decorrer de acidente pessoal coberto;
 - m) Internação em clínicas ou instituições análogas a asilos e casas de repouso, para acomodação ou residência, temporária ou não, de idosos;

- n) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- o) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- p) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- r) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- s) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
- t) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- u) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- v) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado; e
- w) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga por diária de internação hospitalar, em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da internação.
- 3.3. O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura será definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Poderá ser estabelecida carência de até 60 (sessenta) dias a partir da data de início de vigência individual ou de aumento de capital segurado, exclusivamente em caso de doença, sendo o período fixado na Apólice e no Certificado Individual.
- 4.2. Não se aplica a carência para internações decorrentes de acidente pessoal.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia poderá ser de até 360 (trezentos e sessenta) horas, equivalentes a até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da determinação médica expressa para a internação hospitalar (evento), contando-se o período em que as diárias são devidas a partir do término do período de franquia, que será fixado na Apólice e no Certificado Individual.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

- 6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta Cobertura é o território brasileiro.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:
 - x) cópia do laudo de 1º atendimento médico hospitalar;
 - y) cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;

- z) cópia do boletim de ocorrência policial, se houver;
- aa) cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- bb) cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- cc) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos;
- dd) cópias de todos os laudos e resultados de exames realizados.
- ee) RG ou outro documento de identidade, e CPF do segurado (cópia simples).
- ff) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- gg) CNH – Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito), sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- hh) Prontuário médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples).
- ii) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- jj) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original).
- kk) cópia da Carteira de Trabalho (CTPS);
- ll) Guia de recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- mm) cópia da Ficha de Registro de Empregado, completa e atualizada;
- nn) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples).
- oo) cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir).

8. RATIFICAÇÃO

- 8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXV - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ATLETA PROFISSIONAL**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento total do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de invalidez permanente total decorrente exclusivamente de acidente que o impeça de exercer sua atividade laborativa principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Entende-se como a invalidez laborativa principal por acidente do atleta profissional a incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, que impeça de forma permanente de atuar como atleta e representar o clube nas competições oficiais.
- 1.3. **A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com a conclusão do departamento médico do segurado.**
- 1.4. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.5. **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.**
- 1.6. **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 1.7. **A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte/morte acidental, se contratada, não se acumulam.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:
 - a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
 - d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
 - e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;
 - f) perda de dentes e os danos estéticos;
 - g) exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
 - h) qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;

- i) **prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto e vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e ou Contrato de Trabalho, que constem o vínculo empregatício com o Clube;
- b) holerite em nome do atleta, do mês que ocorreu o acidente;
- c) radiografias do Segurado (quando houver);
- d) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- e) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- g) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- h) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- k) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador;
- l) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial e final, incluindo laudos e resultados de exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, e que comprovem o momento temporal exato do atingimento do estágio final do tratamento;
- m) relatório da área médica do Clube com carimbo do CRM dos médicos que acompanharam o tratamento do atleta profissional, indicando data do acidente, e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXVI - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PROFISSIONAL**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento total do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de invalidez permanente total decorrente exclusivamente de acidente que impeça o exercício pleno da capacidade de sua atividade laborativa principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Entende-se como a invalidez laborativa principal por acidente a incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado.
- 1.3. **A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.**
 - 1.3.1. A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.
- 1.4. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.5. **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.**
- 1.6. **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 1.7. **As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.**
- 1.8. **Não haverá garantia desta cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:
 - a) **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) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - c) **denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
 - d) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**

- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;
- f) perda de dentes e os danos estéticos;
- g) exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- h) qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;
- i) prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto e vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na **Cláusula 20.2**, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador;
- k) laudo médico confirmando o diagnóstico detalhado do quadro clínico incapacitante e irreversível, comprovando a invalidez permanente por acidente;
- l) exames complementares realizados para o diagnóstico e comprovação da incapacidade.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXVII - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. 1A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado caso o segurado tenha seu contrato de trabalho, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, rescindido por iniciativa do Empregador, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, que comprovarem um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto com o mesmo empregador, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

2.1.1. Em caso de perda de renda por desemprego involuntário:

- a) **abandono ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) **demissão por justa causa do trabalhador Segurado;**
- c) **jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- d) **demissão por exoneração de cargo;**
- e) **programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;**
- f) **estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- g) **falência do empregador;**
- h) **campanhas de demissões em massa, caracterizada no caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e,**
- i) **demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- j) **acordo entre empregado e empregador.**

2.1.2. 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda abrange eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A carência será de no mínimo 30 (trinta) dias, podendo ser de até 180 (cento e oitenta) dias.
- 4.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de adesão do segurado ao seguro.

5. FRANQUIA

5.1. A franquia será de 30 (trinta) dias, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo o valor contratado especificado nas condições contratuais/proposta de contratação.
- 6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do desligamento do segurado, comprovada mediante cópia da CTPS.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco; para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 30 (trinta) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;
 - b) cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
 - c) autorização de Movimentação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
 - d) via marrom do requerimento do Seguro Desemprego com carimbo e CNPJ da empresa. Caso o Segurado tenha optado em receber o Seguro Desemprego, este documento deve estar protocolado pela Caixa Econômica Federal ou pelo Ministério do Trabalho (cópia autenticada); e
 - e) cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
- 7.2. **Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.**
- 7.2.1. **Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.**

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.
- 8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura cessará:
- a) **simultânea e obrigatoriamente no cancelamento;**
 - b) **com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;**
 - c) **com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
 - d) **quando o segurado voltar a condição de empregado.**

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O Beneficiário será sempre o segurado até o limite do capital segurado contratado, existente na data do sinistro do Segurado.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXVIII - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao Estipulante, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período.
- 1.3. Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, e os que contarem com um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho liberal ou autônomo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - 2.1.1. Em caso de perda de renda por incapacidade temporária, estão expressamente excluídos desta cobertura as perdas de renda decorrentes de:
 - a) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - b) gravidez e suas consequências;
 - c) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes; e
 - h) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.
 - i) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente; e
 - j) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).
 - 2.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 3.1. A cobertura de Perda de Renda abrange eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A carência será de no mínimo 30 (trinta) dias, podendo ser de até 180 (cento e oitenta) dias.
- 4.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de adesão do segurado ao seguro.

5. FRANQUIA

5.1. A franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais, contando-se o período em que são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo a quantidade de parcelas e/ou o valor contratados especificados nas condições contratuais/proposta de contratação.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente ou do início da doença, devidamente comprovados por laudo médico, para os profissionais liberais ou autônomos.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

7.1.1. Para Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) 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;
- b) exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
- c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- d) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- g) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- h) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

7.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

7.2.1. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- a) **simultânea e obrigatoriamente no cancelamento;**
- b) **com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização.**

10. BENEFICIÁRIOS

- 10.1. O Beneficiário será sempre o segurado até o limite do capital segurado contratado, existente na data do sinistro do Segurado.

11. RATIFICAÇÃO

- 11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXIX - COBERTURA DE RISCO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento do capital segurado contratado previsto para esta Cobertura, em caso de Procedimento Cirúrgico Coberto, decorrente de enfermidade diagnosticada após o período de carência, **consequente exclusivamente de doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Os Procedimentos Cirúrgicos Cobertos estão listados no Anexo I desta Condição Especial, distribuído em níveis de categoria de risco.
- 1.3. **Esta cobertura cessará automaticamente quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).**
- 1.4. É facultada ao Segurado a livre escolha do local e dos prestadores que realizarão o procedimento cirúrgico, desde que legalmente preparados e regulamentados pelos órgãos oficiais para exercer a atividade. A seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade da realização do procedimento cirúrgico.
- 1.5. Será considerado com cobertura o procedimento médico em que o segurado não tenha recebido qualquer tipo de tratamento médico, nem tenha consultado qualquer profissional médico anteriormente ao fim do prazo de carência.
- 1.6. Na realização de mais de um procedimento cirúrgico coberto dentro do mesmo período de internação, o valor da indenização será único e equivalente ao do procedimento cirúrgico de maior valor, observadas as Condições Contratuais.
- 1.7. Se existir a necessidade de mais de um procedimento cirúrgico coberto para a mesma anomalia, será considerado para indenização um único procedimento, e será adotado o procedimento de maior Capital Segurado.
- 1.8. **Na ocorrência de óbito do segurado devido ao Procedimento Cirúrgico Coberto, não haverá indenização.**
- 1.9. **Quando houver a necessidade de um segundo procedimento em consequência e/ou continuação do primeiro, nos primeiros 30 (trinta) dias do primeiro procedimento, não haverá indenização.**
- 1.10. O número máximo de eventos cobertos para esta cobertura limita-se a 2 (dois) eventos por ano com intervalo de 30 (trinta) dias.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 5 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:**
 - a) **cirurgia em decorrência de Acidentes Pessoais;**
 - b) **gravidez, parto e suas consequências;**
 - c) **anomalias congênitas;**
 - d) **cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
 - e) **tratamento de senilidade, repouso, rejuvenescimento e emagrecimento;**
 - f) **tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;**
 - g) **procedimentos cirúrgicos com finalidades diagnósticas e/ou para aplicações;**
 - h) **procedimentos cirúrgicos que não constam no Anexo I desta Condição Especial;**
 - i) **qualquer evento coberto em decorrência de doença ocorrido durante o período de carência;**
 - j) **tratamento para obesidade;**

- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; e tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- l) cirurgia para esterilização.
- m) procedimentos decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- n) procedimento médico quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- p) tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em decorrência do Procedimento Cirúrgico Coberto realizado, obedecendo aos percentuais de indenização por nível, conforme tabela a seguir:

NÍVEL	% DE INDENIZAÇÃO COM RELAÇÃO AO CAPITAL CONTRATADO POR NÍVEL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
A	100%
B	75%
C	50%
D	35%
E	25%
F	15%
G	7,5%
H	2,5%

4. CARÊNCIA

- 4.1. A carência será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, aplicados também aos aumentos de capital segurado, no qual o segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.
- 4.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro e/ou da alteração de capital segurado.

5. TERRITORIAL DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta Cobertura é o território brasileiro.

6. SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na **Cláusula 20.2**, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente;
- b) exames complementares realizados que comprovem a necessidade do Procedimento Cirúrgico;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) documentos da comprovação da realização do Procedimento Cirúrgico Coberto;

- e) cópia do prontuário;
- f) declaração da empresa para confirmação do afastamento do segurado para realização da cirurgia pleiteada, quando o segurado possuir vínculo CLT com a empresa.
- g) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- h) Comprovante de Residência do segurado.

6.2. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.

6.2.1. 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.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXX - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - PLUS**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao Segurado caso este apresente, na vigência do seguro, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas, **somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico do primeiro evento coberto**, respeitado o prazo de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. Esta cobertura somente poderá ser concedida ao Segurado e Dependente Cônjuge, desde que o seguro contratado mantenha a cobertura de morte.
- 1.3. **O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.**
- 1.4. **Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.**

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Para efeito destas Condições Especiais, somente estarão cobertos os eventos ocorridos em consequência das doenças abaixo referidas:
 - Acidente Vascular Cerebral Agudo
 - Câncer (Exceto de pele e os não Invasivos)
 - Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”
 - Infarto agudo do Miocárdio
 - Insuficiência Renal Crônica
 - Paralisia Total e Irreversível
 - Perda Total da Audição
 - Perda Total da Visão (Cegueira)
 - Transplante de Órgãos: coração, córnea, fígado, pulmão, pâncreas e rim.
 - Alzheimer
 - Diabetes
 - Embolia Pulmonar
 - Esclerose Múltipla
 - Hepatite B
 - Osteomielite
 - Parkinson
 - Doenças do Neurônio Motor
 - Angioplastia Coronariana
 - Cirurgia da Aorta
 - Cirurgia de Válvula Cardíaca
 - Grande Queimado
 - Implante de Marcapasso
- 2.2. Esta cobertura poderá ser contratada por Proponentes que tenham no mínimo 18 (dezoito) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.
- 2.3. Não haverá pagamento do Capital Segurado se as doenças acima forem constatadas, após o falecimento do(a) Segurado(a).
- 2.4. Sendo constatado e comunicado à SOMPO Seguros o primeiro diagnóstico, não poderá haver acumulação de pagamento do Capital Segurado para mais de um diagnóstico ou procedimentos médicos cobertos.

- 2.5. Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima referidas, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada, o seguro será cancelado sem qualquer devolução de prêmios ou pagamento do capital segurado.
- 2.6. O capital segurado estabelecido para esta cobertura tem caráter estritamente indenizatório, sendo vedada sua vinculação as despesas médicas e/ou hospitalares observadas pelo segurado para o tratamento da doença.

3. **CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

- 3.1. **Acidente Vascular Cerebral:** Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos) que produz alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após três meses da data do diagnóstico.
 - 3.1.1. Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral, para fins desta cobertura:
 - a) ataques isquêmicos transitórios;
 - b) alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma;
 - c) não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice e os derrames anteriores à contratação do seguro.
- 3.2. **Câncer:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.
 - 3.2.1. Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:
 - a) **Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);**
 - b) **Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;**
 - c) **Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;**
 - d) **Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);**
 - e) **Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;**
 - f) **Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;**
 - g) **Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;**
 - h) **Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;**
 - i) **Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;**
 - j) **Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;**
 - k) **Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;**
 - l) **Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;**
 - m) **Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

- 3.3. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):** realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- 3.3.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass), para fins desta cobertura:**
- a) angioplastia; outros procedimentos intra-arteriais; e
 - b) cirurgia por toracotomia mínima.
- 3.4. Infarto Agudo do Miocárdio:** necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.
- 3.4.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:**
- c) Infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
- 3.5. Insuficiência Renal Crônica:** estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.
- 3.5.1. Estão excluídas a Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**
- 3.6. Paralisia de Membros:** perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplicia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.
- 3.6.1. Não estão incluídos no conceito de Paralisia de Membros, para fins desta cobertura:**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - b) Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - c) A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).
- 3.7. Diagnóstico de Surdez:** perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.
- 3.7.1. Não estão incluídos no conceito de Diagnóstico de Surdez, para fins desta cobertura:**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- d) Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);
 - e) Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;
 - f) Surdez de origem central (sistema nervoso central).
- 3.8. Diagnóstico de Cegueira:** ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.
- 3.8.1. Não estão incluídos no conceito de Diagnóstico de Cegueira, para fins desta cobertura:**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.
 - b) Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

- 3.9. **Transplante de Órgãos:** é a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- 3.9.1. Não estão incluídos no conceito de Transplantes de Órgãos, para fins desta cobertura:
- a) Qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados acima.
- 3.10. **Cirurgia de Válvula do Coração:** cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.
- 3.10.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice.**
- 3.11. **Esclerose Múltipla:** doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no líquido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.
- 3.11.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.**
- 3.12. **Doença (ou Mal) de Parkinson:** doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico.
- 3.12.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos; b) Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson; c) Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas; d) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**
- 3.13. **Cirurgia da Aorta:** cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.
- 3.13.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: a) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese); b) Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.**

- 3.14. **Doença do Neurônio Motor:** doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.
- 3.15. **Grande Queimado:** queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o perineo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.
- 3.15.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Queimaduras decorrentes de auto-agressão.**
- 3.16. **Angioplastia Coronária:** procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia.
- 3.16.1. **Riscos Excluídos**
- a) **Angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária.**
- 3.17. **Hepatite B:** doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada por agentes virais específicos (vírus tipo B).
- 3.17.1. **Riscos Excluídos**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **Hepatites B diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como a hepatite ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;**
- b) **Qualquer outro tipo de hepatite.**
- 3.18. **Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP):** é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. A Embolia Pulmonar é causada por imobilidade prolongada, cirurgia extensas, câncer, traumas, anticoncepcionais, reposição hormonal, gravidez e pós parto, varizes, obesidade, tabagismo, insuficiência cardíaca e distúrbios da coagulação do sangue.
- 3.18.1. **Riscos Excluídos**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **Embolia gordurosa, embolia aérea e embolia por líquido amniótico;**
- b) **Embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrente de doenças preexistentes à contratação.**
- 3.19. **Implante de Marcapasso Cardíaco:** procedimento para colocação no coração de dispositivo gerador de estímulo elétrico quando o número de batimentos cardíacos em certo intervalo de tempo está abaixo do normal.
- 3.19.1. **Riscos Excluídos**
- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **Marcapasso cardíaco transitórios;**
- b) **Procedimentos de Implante de Marcapasso Cardíaco anteriores a contratação do seguro.**
- 3.20. **Osteomielite:** doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

3.20.1. Riscos Excluídos

Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

3.21. Alzheimer: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

3.21.1. Riscos Excluídos

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

a) Outros tipos de demência

3.22. Diabetes Tipo II: doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. A caracterização da doença se dará por exame e diagnóstico de médico comprovando a necessidade do uso da insulina no tratamento.

3.22.1. Riscos Excluídos

a) Diabetes Tipo II diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como a ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;

b) Diabetes Tipo II diagnosticada mas com tratamento não dependente do uso de insulina.

4. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

- 4.1. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
- 4.2. Na hipótese de contratação na forma de antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao Segurado, mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato.
 - 4.2.1. No caso de antecipação total do Capital Segurado da Garantia por Morte, o segurado será automaticamente excluído do seguro.
 - 4.2.2. No caso de antecipação parcial do Capital Segurado da Garantia por Morte, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado relativo à Cobertura por Morte, o pagamento dessa Cobertura será efetuado descontando-se o valor já pago em razão desta Cobertura.
- 4.3. Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado sem qualquer reflexo na cobertura básica.
- 4.4. **Não haverá pagamento do Capital Segurado referente a esta cobertura se o diagnóstico da doença, assim como o aviso de sinistro, ocorrer após o falecimento do Segurado.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 5ª (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:**
 - a) **Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
 - b) **Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;**
 - c) **Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência;**
 - d) **Qualquer doença, sequela ou lesão preexistente e de conhecimento do segurado, porém não declarada no momento da contratação;**
 - e) **Qualquer doença não prevista nesta cobertura e/ou que não se enquadre nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.**

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido na apólice, vigente na data do diagnóstico realizado em vida pelo Segurado, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença grave.

7. CARÊNCIA

7.1. A carência será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, no qual o segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.

7.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença;
- c) Cópias dos exames comprobatórios com seus respectivos laudos.

9. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

9.1. Esta **Condição Especial cessará automaticamente quando:**

- a) **ocorrer o cancelamento da apólice;**
- b) **do recebimento do pedido de cancelamento por escrito do segurado;**
- c) **o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, permanecendo em vigor a apólice, com as demais coberturas contratadas, se houver.**
- d) **ocorrer a Morte do Segurado.**

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXXI - COBERTURA POR MORTE ACIDENTAL EM ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o recebimento do capital segurado **em caso de morte acidental do segurado durante o percurso de ida e volta desde a sua residência até o seu posto de trabalho, e/ou nas dependências deste último, no desempenho de sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. A Atividade Laborativa Principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.
- 1.3. O Posto de Trabalho é aquele, assim designado pela entidade patronal, no qual o segurado habitualmente exerça a sua atividade laborativa principal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) 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) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - c) Denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
 - d) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
 - e) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;
 - f) Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro; e
 - g) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, bem como os acidentes ocorridos fora do posto de trabalho do segurado, das suas dependências ou do percurso de ida e volta.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na **Cláusula 17**, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT);
- f) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.
- i) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte acidental presumida;
- j) laudo de necropsia ou cadavérico, se for o caso;
- k) cópia da carteira de trabalho, se for o caso;
- l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XXXII - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. A contratação desta Cláusula Suplementar, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado Principal o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte ou invalidez permanente por acidente de seu cônjuge, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.1.1. Equipara-se ao cônjuge, para efeito deste seguro, a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que haja comprovação de união estável, na forma admitida na legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

1.2. Não haverá garantia desta Cláusula Suplementar para cônjuges ou companheiros que façam parte do grupo como Segurado Principal.

1.3. A esta Cláusula Suplementar se aplicam todas as Condições Contratuais aplicáveis ao Segurado Principal.

2. CONDIÇÕES DE INGRESSO NO SEGURO

2.1. O Contrato estabelecerá se o ingresso do cônjuge no seguro se dará de forma automática, quando todos os cônjuges de todos os segurados principais serão incluídos no seguro, ou facultativa, quando somente integrarão o seguro os cônjuges dos Segurados Principais que o requererem.

3. COBERTURAS

3.1. Poderão ser contratadas por esta Cláusula Suplementar as coberturas elencadas no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. São riscos excluídos para esta Cobertura os relacionados nas Condições Gerais e nas Condições Especiais das respectivas Coberturas Contratadas.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cláusula suplementar, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

5.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte, para a cobertura morte, e a data do acidente, para as demais.

6. CARÊNCIA

6.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

7. 7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
- c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;

- e) radiografias do Segurado (quando houver);
- f) guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

7.2. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- c) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7.3. Para as demais coberturas eventualmente contratadas, observar os documentos constantes das respectivas Condições Especiais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

XXXIII - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. A contratação desta Cláusula Suplementar, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao Segurado Principal o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte ou invalidez permanente por acidente de seu(s) filho(s), **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
 - 1.1.1. **Quando ambos os cônjuges forem componentes do Grupo Segurado como Segurados Principais, o(s) filho(s) será(ão) incluído(s) uma única vez como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.**
 - 1.1.2. **Não haverá garantia desta Cláusula Suplementar para os filhos que façam parte do grupo como Segurado Principal.**
- 1.2. **A contratação desta Cláusula Suplementar somente é possível quando a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge houver sido contratada.**

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cláusula Suplementar, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.
- 2.2. **Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.**

3. COBERTURAS

- 3.1. Poderão ser contratadas por esta Cláusula Suplementar as coberturas elencadas no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 1.1. **São riscos excluídos para esta Cobertura os relacionados nas Condições Gerais e nas Condições Especiais das respectivas Coberturas Contratadas.**

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - b) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
 - c) radiografias do Segurado (quando houver);
 - d) guia de internação hospitalar (quando houver);
 - e) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- 5.2. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
 - b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
 - c) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
 - d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - e) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

- f) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- 5.3. Para as demais coberturas eventualmente contratadas, observar os documentos constantes das respectivas Condições Especiais.

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

XXXIV – CONDIÇÃO ESPECIAL PARA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS**1. OBJETIVO**

1.1. Quando contratada, esta Cláusula Especial garante a distribuição de excedente técnico por ventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. CRITÉRIOS

- 2.1. Será distribuído, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice, livremente pactuado e constante do Contrato firmado entre as partes.
- 2.2. A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da quitação da última parcela de prêmio, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

3. APURAÇÃO DE RESULTADO

3.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

3.1.1. Receitas:

- 3.1.1.1. prêmios de competência correspondente ao período de vigência da apólice efetivamente pagos;
- 3.1.1.2. estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- 3.1.1.3. valores de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período de vigência anterior;
- 3.1.1.4. recuperação de sinistros do(s) ressegurador(es).

3.1.2. Despesas:

- 3.1.2.1. as comissões de corretagem pagas durante o período;
- 3.1.2.2. as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- 3.1.2.3. as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- 3.1.2.4. prêmios de resseguro;
- 3.1.2.5. valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- 3.1.2.6. alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- 3.1.2.7. valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- 3.1.2.8. saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- 3.1.2.9. despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

3.2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) o aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

- 3.4. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser respectivamente proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato.
- 3.4.1. A importância destinada aos segurados será entregue ao Estipulante, a quem incumbe o repasse com os respectivos demonstrativos das apurações.

4. RATIFICAÇÃO

- 4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Especial.