

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO INDIVIDUAL REENQUADRAMENTO POR FAIXAS ETÁRIAS
PROCESSO SUSEP
15414.004312/2005-11

PLANO INDIVIDUAL REENQUADRAMENTO POR FAIXAS ETÁRIAS

Versão
12/2023

Razão Social: HDI Seguros do Brasil S.A.

Endereço: Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, Conj. 2301A, Ala A, Cond.
WT Morumbi, Vila Gertrudes, CEP 04794-000

CNPJ: 49.786.401/0001-08

www.grupohdiseguros.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 – SAC: 0800 77 19 719
Ouvidoria: 0800 77 32 527 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56
Deficientes Auditivos ou de Fala: formulário disponível em
www.grupohdiseguros.com.br/atendimento/sac

Prezado(s) Sr(s),

Parabéns!

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

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Individual Faixa Etária, 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 exposto conhecimento das condições de contratação deste seguro, das obrigações, restrições e exclusões, evitando dúvidas quanto à sua utilização.

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

Atenciosamente,

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo - 3156-2990

Demais Localidades - 0800 77 19 119

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:

HDI Vida – 0800 77 19 719

www.consumidor.gov.br**Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala acesse: www.grupohdiseguros.com.br****Ouvidoria: 0800 77 32 527**

A Ouvidoria do Grupo HDI 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 INDIVIDUAL FAIXA ETÁRIA

ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS6

1. GLOSSÁRIO DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO6

1 OBJETIVO DO SEGURO.....10

2 COBERTURAS10

3 ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....10

4 RISCOS EXCLUÍDOS10

5 CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS11

6 VIGÊNCIA DA APÓLICE13

7 DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)13

8 CAPITAL SEGURADO13

9 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO14

10 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....14

11 PAGAMENTO DO PRÊMIO14

12 OCORRÊNCIA DE SINISTROS15

13 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO16

14 JUNTA MÉDICA16

15 PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO16

16 CANCELAMENTO DO SEGURO18

17 FRANQUIAS E CARÊNCIAS.....18

18 PRESCRIÇÃO.....18

19 FORO CONTRATUAL.....18

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS.....19

PLANO INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO POR FAIXAS ETÁRIAS.....19

I - COBERTURA DE MORTE.....19

II - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL21

III - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE23

IV - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE28

V - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA31

VI - COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA37

VII - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	44
VIII - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE	47
IX - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE	49
X - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S).....	51

CONDIÇÕES GERAIS

A Seguradora S/A, institui o Seguro de Vida Individual, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

1. GLOSSÁRIO DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO

Aceitação do Risco: ato de aprovação pela Seguradora da proposta de seguro efetuada pelo Proponente, para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico específico.

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do sinistro.

Apólice de Seguro: contrato de seguro, firmado entre Proponente e a Seguradora, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

Atividade Profissional: ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

Atividade Laborativa Principal: aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

Beneficiário(s): a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte ou ele próprio para as demais Coberturas contratadas na apólice.

Boa-fé: no contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação do Seguro, preenchida e assinada pelo Proponente.

Carência: período durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, ainda que se verifique a existência de Sinistro passível de cobertura.

Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação, renovação, alteração de valores do Capital Segurado ou prêmio do Seguro.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

Condições Contratuais: representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro, incluindo as da Proposta de Contratação e do Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Condições e/ou Cláusulas Particulares: alterações específicas e particulares relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais e Especiais.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixam os direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras do Mercado e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou seu representante legal junto à Seguradora.

Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal incluso na Proposta de Contratação em que o Proponente ou Segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da Proposta de Contratação.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pela Seguradora, a pedido do Segurado, durante a vigência da apólice pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento ocorrido.

Indenização: pagamento efetuado pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora.

Natimorto: criança que ao nascer já se encontra morta.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

Prêmio do Seguro: valor pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP: registro deste produto na SUSEP, porém não implica por parte da autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Proponente: pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o Proponente, expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionadas às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Regime Financeiro de Repartição Simples: aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os segurados num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados neste mesmo período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas e circunstâncias envolvidas, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

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

Seguradora: sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. É a Seguradora S.A.

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

Sinistro: ocorrência de risco coberto, durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Vigência: período de tempo que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

2. DAS TERMINOLOGIAS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevivência de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) cobertura(s) constante(s) na apólice, indicada(s) na Proposta de Contratação, o pagamento do capital segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em função da ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência da apólice e mediante o pagamento do prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

2 COBERTURAS

- 2.1 As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:
- a) Cobertura de Morte
 - b) Cobertura de Morte Acidental
 - c) Cobertura de Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente
 - d) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente
 - e) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
 - f) Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente por Doença
 - g) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente
 - h) Cobertura de Diárias por Incapacidade
 - i) Condição Especial para Inclusão de Dependente Cônjuge
 - j) Condição Especial para Inclusão de Dependente(s) Filho(s)
- 2.2 Para caracterização deste Contrato de Seguro de Vida, deverá ser contratada obrigatoriamente a Cobertura de Morte.
- 2.3 Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3 ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

- 3.1 O âmbito geográfico das coberturas será em todo Globo Terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas Condições Especiais, Contratuais ou na especificação da respectiva apólice.
- 3.2 Quando for o caso, eventuais encargos de tradução juramentada, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida na apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação civil vigente.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:
- a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causadas por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;
 - b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
 - c) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Contratação, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênicas;

- d) da morte e invalidez do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;
- e) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- i) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- j) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco;
- k) de acidentes ocorridos onde o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência.

4.2 Este seguro também não garante:

- a) danos morais e/ou estéticos;
- b) quaisquer tipos de perda e danos, lucros cessantes, interrupção de renda e pensionamento;
- c) qualquer tipo de evento cuja cobertura não tenha sido contratada.

4.3 Tendo em vista que este contrato garante o pagamento de um capital pré-determinado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida seja a que título for diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos.

5 CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

5.1 Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação:

- a) estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa ou, no caso de aposentados, desde que o sejam por tempo de serviço;
- b) não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e
- c) tenham idade e capitais segurados dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da apólice.

5.2 A inclusão do proponente no seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, **declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro, declaração de saúde, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.**

5.2.1 A Proposta de Contratação será recepcionada pela Seguradora sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

- 5.3** Os Proponentes portadores de deficiência devem ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.
- 5.4** O prêmio inicial será aquele constante da proposta, de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste Seguro, ressalvadas eventuais possibilidades de alterações de risco constatadas na apresentação da proposta.
- 5.5** Recebida a Proposta de Contratação com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a Seguradora, sobre ele não se manifeste formalmente ao proponente no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 5.6** O prazo de 15 (quinze) dias do item 5.5 desta Cláusula será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Contratação.
- 5.6.1** Para efeito de análise do risco, além do preenchimento da Proposta de Contratação e Declaração Pessoal de Saúde (DPS), a Seguradora reserva-se o direito de exigir do proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos **itens 5.6 e 5.7.1** desta Cláusula..
- 5.7** A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 5.7.1** **A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez.**
- 5.7.2** **A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará na recusa automática do risco.**
- 5.8** A Seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 5.9** Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 5.10** Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a vigência do seguro deverão ser comunicadas por escrito à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.
- 5.10.1** **Em havendo o agravamento do risco por parte do Segurado, independente ou não da sua vontade, ocorrerá perda de direito a qualquer indenização prevista na apólice, mesmo que decorrente de risco previsto, coberto e indenizável.**
- 5.11** No início de vigência, bem como na emissão da apólice do seguro ou endossos, a Seguradora informará o nome do segurado, beneficiário(s), início e final de vigência do seguro, coberturas, capital segurado, prêmios e que a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir o(s) beneficiário(s) do seguro;
- 5.12** No ato da contratação, a Seguradora entregará formalmente as presentes Condições Gerais do Seguro e as Condições Especiais.
- 5.13** No caso de não aceitação da proposta de contratação no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente informando o motivo(s) da recusa, e:
- a) caso tenha havido adiantamento de pagamento antecipado, total ou parcial, será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a partir do momento da formalização da recusa;

b) o valor devido será atualizado monetariamente conforme disposto na **Cláusula 9** (Atualização Monetária do Capital Segurado), destas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição.

- 5.14** Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo segurado ou seu representante legal.
- 5.15** Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, com a concordância de ambas as partes contratantes, observadas as condições aprovadas.
- 5.16** Para todos os efeitos de direito, existe a presunção de que a Seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo proponente na proposta.

6 VIGÊNCIA DA APÓLICE

- 6.1** O seguro terá vigência vitalícia sendo seu início às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na apólice, inclusive os endossos correspondentes.
- 6.2** A Seguradora providenciará a emissão da apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação da proposta de contratação.
- 6.3** A proposta de contratação recepcionada, sem adiantamento de prêmio, terá o seu início de vigência da cobertura na data do efetivo pagamento do prêmio.
- 6.4** A proposta de contratação que tenha sido recepcionada com adiantamento do prêmio, total ou parcial, ou com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência na data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo proponente.

7 DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

- 7.1** É facultado **exclusivamente ao Segurado**, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.
Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.
- 7.2** 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).
- 7.3** 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.
- 7.4** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela Seguradora antes da ocorrência do sinistro.
- 7.5** Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.
- 7.6** Se a Seguradora não for notificada até o período estabelecido no item 7.5 desta Cláusula, quanto a substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.
- 7.7** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

8 CAPITAL SEGURADO

- 8.1** Para fins deste seguro, o capital segurado estabelecido na apólice, é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Especiais do seguro.
- 8.1.1** O capital segurado para cada cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na apólice.
- 8.2** O capital segurado e prêmio serão atualizados conforme **item 9.2** (Atualização Monetária do Capital Segurado).
- 8.3** O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova proposta de alteração, ficando a critério da Seguradora sua aceitação ou não de acordo com **a Cláusula 5 (Condição para Aceitação de Segurados) e 6 (Início de Vigência da Apólice)** destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, a alteração do prêmio, quando couber.

9 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1 O capital segurado e por consequência, o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 meses, com base na variação acumulada do índice indicado no **subitem 9.2 da Cláusula 9 destas Condições Gerais**, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na apólice.
- 9.2 Para efeito de atualização monetária poderá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/ FIPE, ou outro índice calculado com base na variação de fatores objetivos indicados nas Condições Contratuais e na apólice.
- 9.2.1 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.
- 9.2.2 Independentemente da periodicidade de pagamento do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado desde a data da última atualização até a data da ocorrência do sinistro.

10 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

- 10.1 Este seguro prevê além do aumento no prêmio produzido pela atualização monetária do capital segurado, o reenquadramento do prêmio por mudança de faixa etária.
- 10.2 Os percentuais de aumento serão indicados por cobertura nas respectivas Condições Especiais.
- 10.3 Em função das coberturas contratadas, a Seguradora fará constar da apólice o percentual total de aumento, a ser aplicado ao prêmio devido a mudança de faixa etária.

11 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1 A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:
- nome do Segurado;
 - valor do prêmio;
 - data de emissão;
 - número da apólice;
 - data limite para o pagamento.
- 11.1.1 A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 11.1 desta Cláusula diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- 11.2 O Segurado poderá optar pelo pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.
- 11.3 Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.
- 11.4 Caso o Segurado opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.
- 11.4.1 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 11.5 Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

- 11.6 O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a Seguradora na Proposta de Contratação.
- 11.6.1 Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 11.1** da Cláusula 11 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 11.7 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 em que houver expediente bancário.
- 11.8 A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.
- 11.9 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, caso haja cobertura; todavia, caso ocorra após o prazo de pagamento de prêmio, sem que tenha sido efetuado, a indenização não será paga, mesmo se houver cobertura.
- 11.10 O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(o) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente a partir da data de vencimento original da parcela até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no **subitem 9.2** destas Condições Gerais
- 11.10.1 Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre o(s) Prêmios de Seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12% ao ano, calculados pró-rata-die.
- 11.11 **A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.**
- 11.12 **Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 11.11 desta Cláusula, as Coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas.**
- 11.13 **Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.**
- ## 12 OCORRÊNCIA DE SINISTROS
- 12.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, telegrama ou carta registrada dirigida à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.
- 12.1.1 A comunicação feita por carta registrada, ou telegrama não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.
- 12.2 Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.
- 12.3 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 12.2** desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.
- 12.3.1 Não respeitado o prazo previsto no **subitem 12.2** desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos **subitens 12.4 e 12.5 desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 12.2.**
- 12.4 A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.

- 12.5** As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 9.2 da Cláusula 9 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.
- 12.6** O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.
- 12.7** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

13 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

13.1 Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

13.2 Para qualquer sinistro

13.2.1 Formulário

- a) Aviso de sinistro, devidamente preenchido em todos os seus campos, formulário fornecido pela Seguradora.

13.2.2 Documentos do Segurado

- b) Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

13.2.3 Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- 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 o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

13.3 **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.**

14 JUNTA MÉDICA

14.1 No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas aos objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice será proposto pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

14.2 **Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.**

15 PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 15.1** A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 15.1.1** **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- a) 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.
 - b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - 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.
 - c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 15.1.2** 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 na inobservância ao artigo 768 do Código Civil.
- 15.1.2.1** 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.
- 15.1.2.2** 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 após o efetivo cancelamento.
- 15.2** A Seguradora ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do Segurado de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro, e a Seguradora comprovar o conhecimento prévio do proponente.
- 15.2.1** **A Seguradora também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:**
- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;
 - b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;
 - c) deixar de comunicar a Seguradora todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto em conformidade com o subitem 5.8 (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais e ainda com o artigo 769 do Código Civil, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

16 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1** O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, observado o disposto no subitem 11.4.1 destas Condições Gerais.
- 16.2** Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:
- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 11.10 da Cláusula 11 destas Condições Gerais;**
 - b) automaticamente, com a morte do Segurado ou com o pagamento da cobertura Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente por Doença;**
 - c) mediante solicitação pelo Segurado à Seguradora;**
 - d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;**
 - e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.**
- 16.3** O pagamento de prêmios pelo Segurado, de qualquer valor, à Seguradora após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

17 FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 17.1** Quando aplicáveis serão estabelecidas por cobertura nas Condições Especiais.

18 PRESCRIÇÃO

- 18.1** Qualquer direito do Segurado com fundamento na presente apólice prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

19 FORO CONTRATUAL

- 19.1** Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

Grupo HDI Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

PLANO INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO POR FAIXAS ETÁRIAS

I - COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA MORTE

1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado, contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. 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.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de óbito.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

4.1. Independente do aumento no prêmio produzido pela atualização monetária do capital segurado, também haverá reajuste quando ocorrer alteração na idade do Segurado, que signifique deslocamento para outra faixa etária conforme tabela abaixo, passando a nova taxa a ser aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Segurado.

Faixa Etária	% Aumento no Prêmio		Faixa Etária	% Aumento no Prêmio	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
26 a 30	38,27%	0,00%	31 a 35	35,38%	29,25%
36 a 40	42,87%	41,97%	41 a 45	61,80%	46,96%
46 a 50	87,09%	51,95%	51 a 55	68,51%	51,84%
56 a 60	52,44%	56,51%	61 a 65	45,93%	63,28%
66 a 69	50,40%	67,75%	70	18,65%	23,59%
71 em diante	8,97%	10,42%	-----	-----	-----

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Radiografias do Segurado (quando houver);
- Guia de internação hospitalar (quando houver);
- Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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.

6. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

II - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura Morte, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS

2.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) **o suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do seguro;**
- b) **os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;**
- c) **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) **os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- e) **os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

2.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- c) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por 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 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.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) das 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;
- b) de 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, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora julgado o risco aceito.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de 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) Radiografias do Segurado (quando houver);
 - d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
 - 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 Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT) nos 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) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- 5.2. Considera-se como data de exigibilidade para a determinação do capital segurado a data do acidente pessoal.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

III - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. **OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. **CONCEITOS**

2.1. Acidentes Pessoais

2.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial por acidente, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) **a tentativa de suicídio, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do seguro;**
- b) **os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;**
- c) **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) **os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- e) **os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

2.1.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);**
- c) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por 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 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.**

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

- 2.2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **item 2.2.14** desta Cláusula, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.
- 2.2.2. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.
- 2.2.3. Se depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado **em consequência do mesmo acidente**, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental.
- 2.2.4. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 2.2.5. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no **subitem 2.2.13** desta Cláusula.
- 2.2.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.2.7. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.
- 2.2.8. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.2.9. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.2.10. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.
- 2.2.11. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.2.12. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.
- 2.2.13. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.2.14. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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, e 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) centímetro	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos da Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) **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;**
- b) **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, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.**

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia 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 Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT) nos 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.

- 5.2. Considera-se como data de exigibilidade para a determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

IV - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, nas hipóteses estabelecidas na tabela para cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão constantes da tabela contida no **subitem 2.2.6 da Cláusula 2 destas Condições Especiais**, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS

2.1. Acidentes Pessoais

2.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total por acidente incluindo-se ainda neste conceito:

- a) **a tentativa de suicídio, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data de início de vigência do Seguro;**
- b) **os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;**
- c) **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) **os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- e) **os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

2.1.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);**
- c) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por 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 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.**

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **item 2.2.6**, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

- 2.2.1.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente total avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no **subitem 2.2.7** destas Condições Especiais.
- 2.2.2.** Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.2.3.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.2.4.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente total.
- 2.2.5.** A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração Médica.
- 2.2.6.** TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta Cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) 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;
- b) 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, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia 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 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.

5.2. **Considera-se como data de exigibilidade para a determinação do capital segurado a data do acidente.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

V - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

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

- 1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observadas as demais cláusulas desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.
- 1.2. **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).**

2. CONCEITOS

- 2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- 2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença:**
 - 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:
 - j) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

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

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF constante da **Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença desta Condição Especial.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes 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 indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. 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.

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 da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do capital segurado a data indicada na declaração médica, constante do Formulário de Aviso de Sinistro, que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

4.3. O Capital Segurado desta cobertura está limitado a 100% do Capital da Cobertura de Morte.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

5.1. 5.1. Independente do aumento no Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado, também haverá reajuste quando ocorrer alteração na idade do Segurado, que signifique deslocamento para outra faixa etária conforme tabela abaixo, passando a nova taxa a ser aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Segurado.

IDADE	AUMENTO	IDADE	AUMENTO	IDADE	AUMENTO
26 a 30	2,50%	31 a 35	9,76%	36 a 40	24,44%
41 a 45	44,64%	46 a 50	61,73%	51 a 55	74,05%
56 a 60	82,02%	61 a 65	86,75%	66 a 69	89,03%

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na cláusula 13 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas

Condições Especiais e que justifique 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).

6.1.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

6.1.2. 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.

6.2. 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.

7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

7.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

7.2. O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do Segurado, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

7.3. 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.

7.4. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

7.4.1. 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.

7.4.2. 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	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO 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 SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

7.5. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

7.6. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

9.2. A cobertura básica (morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

9.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

- 1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado, contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, ou garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, e das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.
- 1.2. Considera-se como data da exigibilidade, para determinação do capital segurado em caso de Morte, a data do óbito do segurado e, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de Invalidez Funcional Total por Doença conceituado.
- 1.3. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente para o caso de Morte, assim como o presente seguro.
- 1.4. A cobertura referente ao pagamento antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença cessará quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, permanecendo vigente somente a cobertura de morte, e as demais coberturas contratadas, se houver.

2. CONCEITOS

- 2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- 2.2. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença**:
 - 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;

- h) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- i) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- j) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- k) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- l) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- m) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- n) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- o) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- p) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.3. Outros quadros línicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF constante **da Cláusula 7 - Comprovação de Invalidez desta Condição Especial.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os prejuízos decorrentes 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 indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. 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.

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 falecimento do Segurado constante na sua Certidão de Óbito, ou na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do capital segurado a data indicada na certidão de óbito do Segurado, ou a data indicada na declaração médica, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Independente do aumento no Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado, também haverá reajuste quando ocorrer alteração na idade do Segurado, que signifique deslocamento para outra faixa etária conforme tabela abaixo, passando a nova taxa a ser aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Segurado.

Faixa Etária	% Aumento no Prêmio	Faixa Etária	% Aumento no Prêmio
--------------	---------------------	--------------	---------------------

26 a 30	20,45%	31 a 35	20,45%
36 a 40	35,91%	41 a 45	72,22%
46 a 50	79,25%	51 a 55	62,48%
56 a 60	51,55%	61 a 65	58,75%
66 a 69	72,74%	-----	-----

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro proceder conforme descrito na cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:
 - 6.1.1. Em caso de morte natural o(s) beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia 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 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.
 - 6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente o(s) beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia 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 Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) no caso 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.
- 6.2. Em caso de ocorrência de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, o Segurado e/ou o representante legal deverá providenciar os seguintes documentos, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:
 - a) Declaração Médica onde deverão constar informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de 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).
- 6.2.1. Fica facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à liquidação.
- 6.2.2. 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.

6.2.3. 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.

7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

7.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

7.2. O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do Segurado, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

7.3. 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.

7.4. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

7.4.1. 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.

7.4.2. 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	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO 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 SOBREVIDA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

7.5. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

7.6. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 9.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

- 1.1. Esta cobertura garante ao segurado, nos casos de lesões ocorridas decorrentes exclusivamente de acidente coberto pela apólice, até o limite do capital segurado contratado, o reembolso das despesas médicas hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente.
- 1.2. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).
- 1.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente com o Segurado.

2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS

- 2.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total por acidente, incluindo-se ainda, neste conceito:
 - a) **a tentativa de suicídio, que será equiparada, para fins de indenização, o acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do Seguro;**
 - b) **os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;**
 - c) **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
 - d) **os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
 - e) **os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**
- 2.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:
 - a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
 - b) **os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);**
 - c) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por 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 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei, exceção nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, de prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) 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;
- c) 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, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3.2. Este seguro também não garante:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;
- c) não estão abrangidas as despesas decorrentes com os eventos não cobertos relacionados nas Condições Gerais deste seguro.

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados para o exercício da profissão.

5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médicas, hospitalares e odontológicas mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultra-sonográficos, 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. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a Seguradora não abaterá do capital segurado devido por Morte Acidental

ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o valor pago por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

7.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

VIII - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE

1.1. Esta cobertura garante ao segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada dia em que o mesmo estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo quinze (15) dias, mediante comprovação, conforme critérios especificados na **Cláusula 5** desta Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

2. PERÍODO DE FRANQUIA

2.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do segurado, por determinação médica, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por Incapacidade serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia até o prazo máximo determinado nestas condições especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) as Condições Gerais do seguro.**

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso do afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no **item 11.2** da Cláusula 11 das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE

6.1. Em posse dos comprovantes descritos na **Cláusula 5** destas Condições Especiais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia. O pagamento será efetuado, em até 30 (trinta) dias a partir da data da entrega de todos os documentos básicos exigidos para a liquidação do sinistro.

6.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. 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**.

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo que esta arcará com tais despesas.

7. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE

7.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura especial;
- c) com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente ; ou
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo segurado.

8. DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento a data do afastamento devidamente comprovado de suas atividades profissionais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto, aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia, todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

IX - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA GARANTIA DE DEPENDENTES

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado titular o pagamento do capital segurado, em caso de contratação da cobertura de Morte e/ou Morte Acidental para o seu cônjuge, ou o pagamento ao próprio cônjuge, em caso de contratação de outras Coberturas, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais do seguro, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

3. COBERTURAS

3.1. É admitida para este seguro a contratação das coberturas previstas para cônjuges na forma de contratação facultativa, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderão fazer parte deste seguro o cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo Proponente/Segurado Principal, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo cônjuge, desde que atendam as condições estabelecidas na **Cláusula 2** e respeitadas todos os itens das Condições Gerais e Especiais da apólice.

5.2. As respostas às questões da "Declaração Pessoal de Saúde e Atividade" com a utilização das expressões "sim" ou "não", e as respostas detalhadas por extenso, se for o caso, deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada cobertura.

6.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da mesma cobertura contratada pelo Segurado titular.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- e) o pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- f) o cancelamento das respectivas condições especiais;
- g) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- h) a morte do cônjuge dependente segurado por esta cobertura;
- i) perda pelo dependente cônjuge do seu vínculo com o Segurado titular.

8.2. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais

X - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado titular o pagamento do capital segurado, em caso de contratação da cobertura Morte ou da cobertura de Morte Acidental para seu(s) filho(s), observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Será(ão) considerado(s) filho(s), para fins de inclusão nesta cobertura, filho(s) do Segurado de até 21 anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(a).

2.2. Para fins da presente cobertura, equiparam-se aos filhos, os enteados, considerados dependentes econômicos do segurado titular, desde que atendam as condições do item 2.1 desta Cláusula.

2.3. **Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.**

3. COBERTURAS

3.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá(ão) ser concedida(s) as coberturas de Morte ou Morte Acidental, desde que a(s) mesma(s) tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado titular, respeitando o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderão fazer parte deste seguro os Filhos do Segurado titular quando a inclusão desta cobertura for solicitada mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que, atendam as condições estabelecidas na Cláusula 2 destas Condições Especiais e ainda respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins destas Condições Especiais o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento.

6.2. **O capital segurado desta garantia para cada cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da mesma cobertura contratada pelo segurado titular.**

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) procederem conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. **Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:**

- a) **o pedido de cancelamento por escrito do Segurado;**
- b) **o cancelamento das respectivas condições especiais;**
- c) **o cancelamento do Seguro do Segurado titular;**
- d) **a morte do filho dependente segurado por esta Condição Especial;**
- e) **do filho do Segurado completar 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário.**

8.2. **O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a**

Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 9.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.