Porto Seguro
CNPJ: 61.198.164/0001-60

Prezado (a) cliente,

Seja bem-vindo à Porto Seguro. É uma satisfação ter você como cliente. Com o **Porto Seguro Pessoas,** você pensa na proteção financeira de seus funcionários e retém os melhores talentos para a sua empresa.

O Seguro de Pessoas - Empresarial da Porto Seguro oferece diversas coberturas para a segurança financeira de seus colaboradores e de suas famílias contra dificuldades que possam surgir.

Neste material, você encontra as condições de cada cobertura e cláusula oferecida pelo seguro, além de informações a respeito de seus direitos e obrigações. Verifique a sua apólice para saber quais se aplicam ao seu contrato.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, evitando dúvidas quanto a sua utilização.

Em caso de dúvidas ou informações, fale com seu Corretor ou entre em contato com a nossa Central de Atendimento. Visite a nossa página na internet: www.portoseguro.com.br/vida.

Conte sempre conosco.

Atenciosamente,
Porto Seguro Vida e Acidentes Pessoais

CONDIÇÕES GERAIS PARA SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO 13
2. DEFINIÇÕES 13
3. COBERTURAS DO SEGURO 18
4. RISCOS EXCLUÍDOS 20
5. CONTRATAÇÃO 21
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO 23
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS 23
8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO 24
9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS 25
10. CAPITAL SEGURADO 25
11. BENEFICIÁRIOS 26
12. CUSTEIO DO SEGURO 26
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO 26
14. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS 28
15. CARÊNCIA E FRANQUIA 28
16. CANCELAMENTO DO SEGURO 28
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 29
18. PERDA DE DIREITOS 30
19. EMBARGOS E SANÇÕES 31
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 32
21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO 33
22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES 33
23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 33
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 33
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA 34
26. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS 35
27. EXCEDENTE TÉCNICO 36
28. FORO 36
29. DISPOSIÇÕES FINAIS 36

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE 36
1. Objetivo da Cobertura 36
2. Definições 36
3. Riscos Cobertos 37
4. Riscos Excluídos 37
5. Capital Segurado 37
6. Cancelamento da cobertura individual 37
7. Liquidação de Sinistros 37
8. Beneficiários 39
9. Disposições Gerais 39

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL 40
1. Objetivo da Cobertura 40
2. Definições 40
3. Riscos Cobertos 41
4. Riscos Excluídos 41
5. Capital Segurado 41
6. Cancelamento da cobertura individual 41

7. Liquidação de Sinistros 41
8. Beneficiários 43

9. Disposições Gerais 43
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 44
1. Objetivo da Cobertura 44
2. Definições 44
3. Riscos Cobertos 45
4. Riscos Excluídos 49
5. Capital Segurado 49
6. Cancelamento da cobertura individual 50
7. Liquidação de Sinistros 50
8. Despesas de Comprovação 51
9. Junta Médica 51
10. Disposições Gerais 52
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM) 53
1. Objetivo da Cobertura 53
2 Definições 53
3 Riscos Cobertos 54
4 Riscos Excluídos 58
5 Capital Segurado 59
6 Cancelamento da cobertura individual 59
7 Liquidação de Sinistros 59
8 Despesas de Comprovação 61
9 Junta Médica 61
10 Disposições Gerais 61
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 62
1 Objetivo da Cobertura 62
2 Definições 62
3 Riscos Cobertos 63
4 Riscos Excluídos 63
5 Capital Segurado 64
6 Cancelamento da cobertura individual 64
7 Liquidação de Sinistros 64
8 Despesas de Comprovação 65
9 Junta Médica 66
10 Disposições Gerais 66
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED) 67
1. Objetivo da Cobertura 67
2. Definições 67
3. Riscos Cobertos 67
4. Riscos Excluídos 68
5. Capital Segurado 68
6. Carência 68
7. Cancelamento da cobertura individual 69
8. Liquidação de Sinistros 69
9. Despesas de Comprovação 70
10. Junta Médica 71
11. Disposições Gerais 71

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 72

1. Objetivo da Cobertura 72
2. Definições 72
3. Riscos Cobertos 73
4. Riscos Excluídos 75
5. Capital Segurado 76
6. Carência 76
7. Cancelamento da cobertura individual 76
8. Liquidação de Sinistros 76
9. Despesas de Comprovação 78
10. Junta Médica 78
11. Disposições Gerais 78

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS 79
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE 80

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD) 81

1 Objetivo da Cobertura 81
2 Definições 81
3 Riscos Cobertos 81
4 Riscos Excluídos 82
5 Capital Segurado 82
6 Carência 82
7 Cancelamento da cobertura individual 82
8 Liquidação de Sinistros 83
9 Despesas de Comprovação 84
10 Junta Médica 84
11 Disposições Gerais 85

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE 86

1. Objetivo da Cobertura 86
2. Definições 86
3. Riscos Cobertos 86
4 Riscos Excluídos 88
5 Capital Segurado 88
6 Âmbito Geográfico 88
7 Liquidação de Sinistros 89
8 Disposições Gerais 89

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL 90

1. Objetivo da Cobertura 90
2. Definições 90
3. Riscos Cobertos 90
4 Riscos Excluídos 92
5 Capital Segurado 92
6 Âmbito Geográfico 92
7 Liquidação de Sinistros 93
8 Disposições Gerais 93

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE 94

1 Objetivo da Cobertura 94
2 Definições 94
3 Riscos Cobertos 94

4 Riscos Excluídos 94
5 Capital Segurado 94

6 Liquidação de Sinistros 94
7 Disposições Gerais 96
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA 97
1. Objetivo da Cobertura 97
2. Definições 97
3. Riscos Cobertos 97
4. Riscos Excluídos 97
5. Capital Segurado 97
6. Liquidação de Sinistros 97
7. Disposições Gerais 97
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE 98
1. Objetivo da Cobertura 98
2. Definições 98
3. Riscos Cobertos 98
4. Riscos Excluídos 98
5. Capital Segurado 98
6. Liquidação de Sinistros 98
7. Disposições Gerais 98
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE 99
1. Objetivo da Cobertura 99
2. Definições 99
3. Riscos Cobertos 99
4. Riscos Excluídos 99
5. Capital Segurado 99
6. Franquia 99
7. Liquidação de Sinistros 100
8. Disposições Gerais 101
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE 102
1. Objetivo da Cobertura 102
2. Definições 102
3. Riscos Cobertos 102
4. Riscos Excluídos 102
5. Capital Segurado 103
6. Âmbito Geográfico 103
7. Liquidação de Sinistros 103
8. Disposições Gerais 104
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL 105
1. Objetivo da Cobertura 105
2. Definições 105
3. Riscos Cobertos 105
4. Riscos Excluídos 105
5. Capital Segurado 106
6. Âmbito Geográfico 106
7. Liquidação de Sinistros 106
8. Disposições Gerais 107
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT) 108
1. Objetivo da Cobertura 108

2. Definições 108
3 Riscos Cobertos 108

4 Riscos Excluídos 109
5 Capital Segurado 110
6 Âmbito Geográfico 111
7 Franquia 111
8 Limite de Diárias 111
9 Carência 111
10 Liquidação de Sinistros 111
11 Despesas de Comprovação 114
12 Junta Médica 114
13 Disposições Gerais 114
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE) 116
1. Objetivo da Cobertura 116
2. Definições 116
3. Riscos Cobertos 116
4. Riscos Excluídos 117
5. Capital Segurado 119
6. Âmbito Geográfico 119
7. Franquia 119
8. Limite de Diárias 119
9. Liquidação de Sinistros 119
10. Despesas de Comprovação 121
11. Junta Médica 122
12. Disposições Gerais 122
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT) 122
1 Objetivo da Cobertura 122
2 Definições 123
3 Riscos Cobertos 123
4 Riscos Excluídos 123
5 Capital Segurado 125
6 Âmbito Geográfico 126
7 Franquia 126
8 Carência 126
9 Liquidação de Sinistros 126
10 Despesas de Comprovação 128
11 Junta Médica 128
12 Disposições Gerais 129
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE) 130
1. Objetivo da Cobertura 130
2. Definições 130
3. Riscos Cobertos 130
4. Riscos Excluídos 130
5. Capital Segurado 132
6. Âmbito Geográfico 133
7. Franquia 133
8. Liquidação de Sinistros 133
9. Despesas de Comprovação 135

10. Junta Médica 135
11. Disposições Gerais 136

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO 137
1. Objetivo da Cobertura 137
2. Definições 137
3. Riscos Cobertos 137
4. Riscos Excluídos 137
5. Capital Segurado 137
6. Liquidação de Sinistros 138
7. Carência 139
8. Disposições Gerais 139

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO) 140
1. Objetivo da Cobertura 140
2. Definições 140
3. Riscos Cobertos 140
4. Riscos Excluídos 140
5. Capital Segurado 140
6. Franquia 141
7. Liquidação de Sinistros 141
8. Disposições Gerais 143

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF) 144
1. Riscos Cobertos 144
2. Definições 144
3. Riscos Cobertos 144
4. Riscos Excluídos 144
5. Capital Segurado 144
6. Liquidação de Sinistros 144
7. Despesas de Comprovação 146
8. Junta Médica 146
9. Disposições Gerais 146

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH) ... 147
1. Objetivo da Cobertura 147
2. Definições 147
3. Riscos Cobertos 147
4. Riscos Excluídos 147
5. Capital Segurado 148
6. Âmbito Geográfico 148
7. Franquia 148
8. Liquidação de Sinistros 148
9. Disposições Gerais 150

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI) 151
1. Objetivo da Cobertura 151
2. Definições 151
3. Riscos Cobertos 151
4. Riscos Excluídos 151
5. Capital Segurado 152
6. Âmbito Geográfico 152
7. Franquia 152

8. Liquidação de Sinistros 152
9. Disposições Gerais 154

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE 155
1. Objetivo da Cobertura 155
2. Definições 155
3. Riscos Cobertos 155
4. Riscos Excluídos 155
5. Capital Segurado 155
6. Liquidação de Sinistros 155
7. Beneficiários 155
8. Disposições Gerais 155

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE 156
1. Objetivo da Cobertura 156
2. Definições 156
3. Riscos Cobertos 156
4. Riscos Excluídos 156
5. Capital Segurado 156
6. Liquidação de Sinistros 156
7. Beneficiários 156
8. Disposições Gerais 156

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 157
1. Objetivo da Cobertura 157
2. Definições 157
3. Riscos Cobertos 157
4. Riscos Excluídos 157
5. Capital Segurado 157
6. Liquidação de Sinistros 158
7. Disposições Gerais 158

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE 159
1. Objetivo da Cobertura 159
2. Definições 159
3. Riscos Cobertos 159
4. Riscos Excluídos 159
5. Capital Segurado 159
6. Liquidação de Sinistros 159
7. Disposições Gerais 161

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER 162
1. Objetivo da Cobertura 162
2. Definições 162
3. Riscos Cobertos 162
4. Riscos Excluídos 162
5. Capital Segurado 163
6. Carência 163
7. Cancelamento da cobertura individual 163
8. Liquidação de Sinistros 163
9. Despesas de Comprovação 165
10. Junta Médica 165
11. Disposições Gerais 165

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO 166

1. Objetivo da Cobertura 166
2. Definições 166

3. Riscos Cobertos 166
4. Riscos Excluídos 166
5. Capital Segurado 166
6. Carência 166
7. Liquidação de Sinistros 167
8. Disposições Gerais 167

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC) 168

1. Objetivo da Cobertura 168
2. Definições 168
3. Riscos Cobertos 168
4. Riscos Excluídos 168
5. Formas de Participação 168
6. Vigência 169
7. Capital Segurado 169
8. Beneficiários 169
9. Liquidação de Sinistros 169
10. Disposições Gerais 169

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF) 170

1. Objetivo da Cobertura 170
2. Definições 170
3. Riscos Cobertos 170
4. Riscos Excluídos 170
5. Aceitação e Inclusão 170
6. Vigência e Término do Risco Individual 171
7. Capital Segurado 171
8. Beneficiários 171
9. Liquidação de Sinistros 171
10. Disposições Gerais 171

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 172

1. Objetivo 172
2. Definições 172
3. Critérios para a distribuição do excedente técnico 172
4. Apuração do Resultado 172
5. Disposições Gerais 173

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO AFASTAMENTO COLABORADOR 174

1. Objetivo da Cobertura 174
2. Definições 174
3. Riscos Cobertos 174
4. Riscos Excluídos 174
5. Capital Segurado 174
6. Franquia 174
7. Liquidação de Sinistros 175
8. Disposições Gerais 175

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ 176

1 Objetivo da Cobertura 176
2 Definições 176
3 Riscos Excluídos 176
4 Capital Segurado 176

5 Carência 176
6 Liquidação de Sinistros 176

7 Despesas de Comprovação 177
8 Disposições Gerais 177
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO 178
1. Objetivo da Cobertura 178
2. Definições 178
3. Riscos Cobertos 178
4. Riscos Excluídos 178
5. Capital Segurado 178
6. Liquidação de Sinistros 178
7. Disposições Gerais 179
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CRECHE 180
1. Objetivo da Cobertura 180
2. Definições 180
3. Riscos Cobertos 180
4. Riscos Excluídos 180
5. Capital Segurado 180
6. Liquidação de Sinistros 181
7. Disposições Gerais 181
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV) 182
1. Objetivo da Cobertura 182
2. Definições 182
3. Riscos Cobertos 183
4. Riscos Excluídos 188
5. Capital Segurado 188
6. Liquidação de Sinistros 188
7. Despesas de Comprovação 189
8. Junta Médica 189
9. Disposições Gerais 190
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS 191
1. Objetivo da cobertura 191
2. Definições 191
3. Riscos Excluídos 191
4. Capital Segurado 191
5. Liquidação De Sinistros 191
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 10 TIPOS 193
1. Objetivo da cobertura 193
2. Riscos Cobertos 193
3. Carência 195
4. Riscos Excluídos 195
5. Capital Segurado 197
6. Liquidação Sinistro 198
7. Despesas de Comprovação 199
8. Junta Médica 199
9. Disposições Gerais 199
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 17 TIPOS 200
1. Objetivo da cobertura 200
2. Riscos Cobertos 200

3. Carência 204
4. Riscos Excluídos 204

5. Capital Segurado 207
6. Liquidação Sinistro 207
7. Despesas de Comprovação 208
8. Junta Médica 208
9. Disposições Gerais 208

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES CONJUGE – 10 TIPOS 209

1. Objetivo da cobertura 209
2. Riscos Cobertos 209
3. Carência 211
4. Riscos Excluídos 211
5. Capital Segurado 212
6. Liquidação Sinistro 213
7. Despesas de Comprovação 213
8. Junta Médica 215
9. Disposições Gerais 214

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES CONJUGE – 17 TIPOS 215

1. Objetivo da cobertura 215
2. Riscos Cobertos 215
3. Carência 218
4. Riscos Excluídos 218

5. Capital Segurado 221
6. Liquidação Sinistro 221
7. Despesas de Comprovação 222
8. Junta Médica 222
9. Disposições Gerais 222

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FRATURAS DE OSSOS 222

1. Objetivo da Cobertura 222
2. Definições 223
3. Riscos Cobertos 223
4. Riscos Excluídos 223
5. Capital Segurado 224
6. Âmbito Geográfico 225
7. Liquidação de Sinistro 225
8. Despesas de Comprovação 226
9. Junta Médica 226
10. Beneficiários 226
11. Disposições Gerais 226

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA) 227

1 Objetivo da Cobertura 227
2 Definições 227
3 Riscos Cobertos 227
4 Riscos Excluídos 228
5 Capital Segurado 229
6 Cancelamento da cobertura individual 229
7 Liquidação de Sinistros 230

8 Despesas de Comprovação 231
9 Junta Médica 231
10 Disposições Gerais 231
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO DESCANSO 232
1. Objetivo da Cobertura 232
2. Definições 232
3. Riscos Cobertos 232
4. Riscos Excluídos 232
5. Capital Segurado 232
6. Liquidação de Sinistros 232
7. Disposições Gerais 233
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO POR FIDELIDADE 233
1. Objetivo da Cobertura 233
2. Definições 233
3. Riscos Cobertos 234
4. Capital Segurado 234
5. Liquidação de Sinistros 234
6. Disposições Gerais 234
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO NASCIMENTO DE FILHOS 235
1. Objetivo da Cobertura 235
2. Definições 235
3. Riscos Cobertos 235
4. Riscos Excluídos 235
5. Capital Segurado 235

6. Carência 236
7. Liquidação de Sinistros 236
8. Disposições Gerais 237

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas pelo estipulante, dentro do período de cobertura do seguro**, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Gerais, Especiais, e as demais condições contratuais que fazem parte deste seguro.**

2. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

a) As doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1.

2.2 **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.3 **Âmbito Geográfico:** termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

2.4 **Apólice:** documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando a(s) cobertura(s) contratada(s).

2.5 **Atividade Profissional:** é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.

2.6 **Atividade Laborativa Principal:** aquela através da qual o segurado obtém a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

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

2.8 **Auditoria Médica:** é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

2.9 **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.10 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.

2.11 **Cancelamento:** ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

2.12 **Capital Segurado**: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

2.13 **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

2.14 **Certificado Individual do Seguro:** é o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o prêmio contratado.

2.15 **Coberturas do Seguro:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

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

2.17 **Condições Contratuais**: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato e da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

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

2.19 **Condições Gerais**: conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

2.20 **Contrato**: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

2.21 **Corretor de Seguros**: é o profissional escolhido diretamente pelo estipulante, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

2.22 **Curador:** pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

2.23 **Doenças e/ou lesões preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na proposta de adesão.

2.24 **Doença Profissional:** são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

2.25 **Dolo:** má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

2.26 **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.

2.27 **Estipulante:** pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.

2.28 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.

2.29 **Excedente técnico**: saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.

2.30 **Franquia:** é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, ou valor determinado que representa a parte do prejuízo indenizável que

deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado, suportando o estipulante/segurado as suas consequências.

2.31 **Final de Vigência:** data final para ocorrência de riscos previstos em uma apólice de seguro. O final de vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

2.32 **Foro:** no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

2.33 **Grupo segurado**: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.34 **Grupo segurável**: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.35 **Incapacidade Temporária:** é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

2.36 **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.**

2.37 **Índice para atualização de valores**: é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

2.38 **Início de Vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.39 **Liquidação de Sinistro:** pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

2.40 **Má–Fé:** agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

2.41 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.42 **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.43 ***NYHA*:** tabela funcional da *New York Heart Association* que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

2.44 **Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.

2.45 **Prazo de Carência**: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.46 **Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado, desde que coberto.

2.47 **Processo SUSEP:** é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

2.48 **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.

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

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

2.51 **Pro-rata temporis:** critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.

2.52 **Renda:** é a série de pagamento periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

2.53 **Riscos Excluídos**: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

2.54 **Segurado**: é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

2.55 **Segurado Principal:** aquele segurado que mantém vínculo com o estipulante.

2.56 **Segurado Dependente**: cônjuge/companheiro(a) e filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

2.57 **Seguradora:** empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

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

2.59 **Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.

2.60 **Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.

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

2.62 **Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

2.63 **Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

2.64 **Vínculo:** é a relação, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinada empresa ou grupo de pessoas.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.

3.2 O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.

3.3 **As coberturas passíveis de contratação são:**

a) Morte;
b) Morte Acidental;
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM);
e) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
f) Antecipação Especial por Doença (AED);
g) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
h) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
i) Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
j) Assistência Funeral por Morte Acidental;
k) Rescisão Contratual ao Estipulante;
l) Auxílio Cesta Básica (CB);
m) Auxílio Cesta Básica por acidente (CB);
n) Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente (CBAA);
o) Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
p) Auxílio Funeral por Morte Acidental;
q) Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (DIT);
r) Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente);
s) Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
t) Renda por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (RIT-Acidente);
u) Perda de Emprego;
v) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO);
w) Doença Congênita de Filho (DCF);
x) Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH);
y) Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI);

z) Despesas Emergenciais – Morte;
aa) Despesas Emergenciais – Morte por Acidente;
bb) Despesas Emergenciais – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
cc) Auxílio Medicamento por Acidente;
dd) Diagnóstico de câncer;
ee) Nascimento Prematuro;
ff) Reembolso por Afastamento Colaborador;
gg) Auxílio Invalidez INSS
hh) Auxílio Casamento
ii) Auxílio Creche
jj) Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez;
kk) Filhos Póstumos;
ll) Doenças Graves – 10 tipos
mm) Doenças Graves – 17 tipos
nn) Doenças Graves Conjuge – 10 tipos
oo) Doenças Graves Conjuge – 17 tipos

As coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.1 A coberturas de Assistência Funeral por Morte e Assistência Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.2 As coberturas de Auxílio Funeral por Morte e Auxílio Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.3 As coberturas de Auxílio Cesta Básica e Auxílio Cesta Básica por acidente não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.4 As coberturas de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.5 As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.6 As coberturas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH) e Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.7 As coberturas de Doenças Graves – 10 tipos e Doenças Graves – 17 tipos não podem ser contratadas em conjunto.

3.4 **Cláusulas Suplementares**: Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes cláusulas suplementares, que serão especificadas em condições especiais e no contrato, **se contratadas**:

a) Inclusão de Cônjuge (IC);
b) Inclusão de Filhos (IF);

c) Reversão de Excedente Técnico.

3.5 Será(ão) expresso(s) contratualmente a(s) cobertura(s) contratada(s).

3.6 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais, condições gerais e especiais.

3.7 Deverá ser informado na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.

3.8 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

3.9 **No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.10 **Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão individual;

d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

***e)* Doação e transplante intervivos;**

f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;

g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores da estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes;

i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;

j) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

j.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

k) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, tremor de terra, maremotos, erupções vulcânicas e queda de meteoro;

l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

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

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

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

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

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

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

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

b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

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

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

4.3 Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

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

5. CONTRATAÇÃO

5.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da aceitação de risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela Porto Seguro, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

5.2 Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem vínculo anterior ao seguro.

5.3 As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as estipulantes das apólices.

5.4 A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.

5.5 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

5.6 A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura ou mais coberturas, além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

5.7 A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

5.8 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação ou de alteração da apólice, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.8.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.8.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

5.9 Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

5.9.1 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. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

5.10 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos no item 5.8 caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

5.11 A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.

5.12 No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

6.1 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

7. INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1 Poderão ser aceitos no seguro, mediante análise e aceitação da Proposta de Adesão e observadas as demais cláusulas destas condições gerais e especiais, os seguintes proponentes:

7.2 Segurados Principais

7.2.1 São chamados segurados principais, os segurados que possuam vínculo com o estipulante, desde que aceito na Seguradora, observadas as condições de aceitação.

7.3 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

7.3.1 O cônjuge do segurado principal poderá participar do seguro de forma facultativa ou automática, na qualidade de segurado dependente, considerando-se cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

7.3.2 O(s) filho(s) do segurado principal poderá(ão) participar do seguro de forma automática, na qualidade de segurado(s) dependente(s).

7.3.3 O capital segurado do componente dependente não poderá, em nenhuma hipótese, ser superior ao capital segurado do componente principal.

7.3.4 Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

7.3.5 Para efeitos deste seguro podem ser segurados dependentes os filhos considerados dependentes conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

7.4 Cabe ao estipulante informar a seguradora os nomes dos proponentes/segurados portadores de deficiência, indicando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.

7.5 A proposta de adesão conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco.

7.6 A aceitação do proponente estará sujeita à análise de risco.

7.7 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão do proponente, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.7.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso,

voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.7.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

7.8 Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

7.8.1 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. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.9 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos no item 7.7 caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

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

8.2 A data de início de vigência será a prevista na proposta de contratação e indicadas na apólice, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.

8.2.1 A data de início de vigência será a data de recebimento da proposta pela seguradora quando esta for recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.4 A renovação automática do seguro somente poderá ser feita uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

8.5 Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, desde que não haja desistência da seguradora até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

8.6 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

8.7 Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo à seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.

8.8 Caso o estipulante ou a seguradora não tenham interesse na renovação do seguro, comunicarão sua intenção à outra parte mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias em relação ao final de vigência da apólice.

8.9 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.

8.10 Caberá ao Estipulante solicitar a Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

8.11 **Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspendido a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.**

8.12 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.

8.13 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese de o capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

8.14 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.**

9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

9.1 O início de vigência do certificado individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

9.2 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.3 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

9.4 Os certificados individuais seguirão a vigência da apólice, observados os demais termos destas condições gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da apólice ou do seguro Individual.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 O Capital Segurado de cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente e constará nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

10.2 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;
b) Nas demais coberturas, **se contratadas** – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Cabe ao segurado, exclusivamente, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante declaração feita formalmente à seguradora, sob pena de não validade à alteração.

11.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

11.3 A seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

11.4 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.

11.5 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

11.6 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, mediante comunicação expressa à seguradora.

11.7 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora no mês de competência da assinatura.

11.8 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) beneficiário(s)/segurado(s) dependente(s), a indenização referente à(s) cobertura(s) contratada deverá(ão) ser paga(s) aos respectivos beneficiário(s) indicado(s) ou, na ausência, aos herdeiros legais dos segurados.

11.9 A pessoa jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

12.1.1 **Não contributário:** aquele em que os segurados não contribuem com o pagamento do prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.

12.1.2 **Contributário:** aquele em que os segurados contribuem com o pagamento do prêmio, parcial ou totalmente.

12.2 Independente da forma de custeio estabelecida, o Estipulante será sempre o único responsável, junto a seguradora, pelo pagamento do prêmio.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente.

13.2 A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser mensal, trimestral, semestral, anual ou fracionado.

13.3 O pagamento do prêmio será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.

13.4 A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

13.5 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

13.5.1 **Em caso de periodicidade mensal, o não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida no item 13.4 não acarretará a suspensão imediata, e estará sem prejuízo a(s) cobertura(s) do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.**

13.5.2 O estipulante em mora será notificado para pagamento do prêmio em atraso, sendo ainda cientificado de que o não pagamento em 90 (noventa) dias, a contar de seu vencimento, cancelará automaticamente o seguro, sem prejuízo da cobrança, pela seguradora, dos prêmios vencidos e não pagos.

13.5.3 Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros praticados pelo mercado financeiro (multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês), calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

13.5.4 No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

13.6 O não pagamento do prêmio à vista ou o não pagamento da 1ª (primeira) parcela, nos casos de seguros com fracionamento de prêmio, na data indicada no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.7 Nos seguros com prêmio fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

13.8 Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.8.1 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 13.7.

13.8.2 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.7, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

13.8.3 Findo o novo prazo de vigência da cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

13.8.4 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato.

14. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

14.1 Fica reservado à seguradora o direito de recalcular o prêmio no final da vigência, salvo prazo menor estipulado, deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial deste plano.

14.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do estipulante e dos segurados, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

14.3 Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, em caso de seguro com custeio contributário.

15. CARÊNCIA E FRANQUIA

15.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do capital segurado.

15.2 Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do contrato.

15.3 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada.

15.4 Na hipótese de aumento do Capital Segurado Individual, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida no item “Pagamento de Prêmio”, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro fica automaticamente cancelado.

16.2 No período de mora no pagamento do prêmio, não haverá suspensão das cláusulas, sem prejuízo à cobrança dos prêmios respectivos.

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

16.2.2 No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência, independente de parcelas posteriores pagas.

16.2.3 Transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

16.3 A apólice não poderá ser cancelada durante sua vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16.4 O presente seguro somente poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, e em caso de seguro com custeio contributário dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

16.5 O Seguro será cancelado e a Seguradora isenta-se de qualquer obrigação se for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoas do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

16.6 A Seguradora abre mão de reavaliar o risco no prazo regulamentar nestas hipóteses, por considerar incidente gravoso e providenciará o cancelamento do seguro.

16.6.1 Em caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I- a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II- quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposto no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302/05.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1 A cobertura de cada segurado cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

17.2 Também, a cobertura de cada segurado cessará caso o contrato de seguro seja cancelado durante a

sua vigência por acordo entre as partes.

17.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

a) Com a morte do segurado;
b) Com a caracterização de sinistro na cobertura de invalidez permanente e total por acidente, se contratada a cobertura;
c) Com a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa, Antecipação Especial por Doença e Diagnóstico de câncer, se contratadas as coberturas desses riscos e desde que o capital segurado seja igual ao da cobertura de Morte;
d) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante;
e) Com o agravamento intencional do risco.

17.4 Além das disposições mencionadas para a cessação da cobertura do segurado principal, a cobertura de cada segurado dependente será descontinuada:

a) Se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;
b) Com o cancelamento do seguro do segurado principal;
c) Com a morte ou a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por acidente, invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa e Antecipação Especial por Doença, se contratada a cobertura desse risco, do segurado principal;
d) No caso de cessação da condição de dependente.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1 A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja:

a) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou do outro;
b) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do segurado ou estipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
b.1) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.
c) Agravamento intencional do risco ou das consequências/lesões resultantes de um sinistro, que em um primeiro momento, estaria coberto, por parte do segurado;
d) Declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando, o estipulante, obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.2 **Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere à letra "d" do item acima não resultar de má-fé, a seguradora poderá:**

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença

de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

III - 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.

18.3 **O estipulante e/ou segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstancias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

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

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

18.4 **A não comunicação de circunstancias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.**

18.5 Além dos casos de perda de direitos previstos em lei, a seguradora isenta-se de qualquer obrigação se:

a) For comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoas do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

19. EMBARGOS E SANÇÕES

19.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à

lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

a) Organização das Nações Unidas - ONU: https://nacoesunidas.org/conheca/
b) Reino Unido e União Europeia:https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/
c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/
d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft

19.1.1 As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

19.2 Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

19.3 Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

20.2 **Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas.**

20.3 O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos relacionados.

20.4 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias previsto no item 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

20.5 **Após o prazo previsto no item 19.3, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro", a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto para o pagamento.**

20.5.1 **A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**

20.6 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.7 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única ou de renda, conforme definido nas

condições especiais de cada cobertura e nas condições contratuais.

20.7.1 Para os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

20.8 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

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

20.10 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

20.11 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

21.1 O capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação positiva do último índice publicado antes da renovação da apólice.

21.1.1 Alternativamente ao critério de utilização mencionado no item 20.1 poderá se estabelecer ainda a atualização do capital segurado e prêmios de acordo com os limites acordados em Convenção Coletiva da Categoria, visando garantir os interesses dos contratantes, cujos valores estarão em consonância com a dita Convenção.

21.2 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

21.3 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE– Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

22.1 Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no contrato, constituem ainda obrigações do estipulante:

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
d) Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações; VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
f) Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
g) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
h) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
i) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
j) Disponibilizar ao grupo segurado, antes da aquisição do seguro, por meio dos materiais de comercialização e de divulgação, canais de atendimento oficiais ou pelo respectivo sítio eletrônico, quando houver, devendo ser da publicidade sobre a forma de acesso às informações sobre qualquer participação, direta ou indireta, igual ou superior a10% nos seus direitos de voto ou no seu capital detida por uma Seguradora ou pelo controlador de uma Seguradora, se for o caso;
k) Disponibilizar ao grupo segurado, antes da aquisição do seguro, através do sítio eletrônico, quando houver, e fazer constar da comunicação direcionada ao grupo segurado a informação sobre a existência de alguma obrigação contratual para atuar como intermediário de produtos de seguros com exclusividade para uma ou mais seguradoras, informando os respectivos nomes ou os nomes das Seguradoras para os quais atua como intermediário, caso não haja contrato de exclusividade;
l) Disponibilizar ao grupo, antes da aquisição do seguro, a informação sobre o montante de sua remuneração pela intermediação do contrato, acompanhado dos respectivos valores de prêmio comercial ou contribuição do contrato a ser celebrado;
m) Disponibilizar ao grupo, antes da aquisição do seguro, a informação sobre outras modalidades de remuneração pós-fixadas eventualmente aplicáveis ao relacionamento entre a Seguradora e o intermediário, conforme as políticas de incentivo e o desempenho do intermediário.

24.2 **O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.**

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

25.1 Constituem obrigações da Seguradora:

a) informar aos segurados a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitado;

b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulantenos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

c) prestar ao Estipulante e ao Subestipulante e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro. Emitir apólice, cujas notas técnicas e condições do seguro devem estar depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando todas as normas legais e regulatórias aplicáveis

d) constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice;

e) processar, analisar e liquidar os Sinistros no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento de toda documentação necessária para comprovação e elucidação do Sinistro, exceto em caso de dúvida fundada e justificável, hipótese em que será facultado exigir documentos e informações adicionais, suspendendo a contagem do prazo e voltando a correr a partir da data do recebimento pela SEGURADORA dos referidos documentos e informações

f) recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor;

g) utilizar os dados cadastrais dos Segurados, do Estipulante e dos Subestipulantes única e exclusivamente para os fins deste Contrato, abstendo-se de cedê-los ou de qualquer forma os transferir, ainda que gratuitamente, a terceiros, sem prévia e expressa anuência dos titulares dos referidos dados cadastrais;

h) responsabilizar-se, com exclusividade, perante o grupo segurado, pelo fiel cumprimento das coberturas contratadas na Apólice, durante a vigência individual de cada contratação, cumprindo, quando necessário, todas as suas obrigações previstas na Apólice;

i) disponibilizar Central de Atendimento com pessoas capacitadas e treinadas para atendimento de Sinistro;

j) arcar com todos os custos de regulação e liquidação de Sinistros;

k) cumprir o disposto nos normativos regulatórios.

l) Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor;

m) Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação firmada entre Segurado e Credor,

relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

26. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

26.1 Em razão da preocupação da Porto Seguro com os seus clientes e parceiros, as melhores práticas de mercado são adotadas em cumprimento aos Termos e Condições de Tratamento de Dados Pessoais expostos na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

26.2 Desta forma, a Porto Seguro traz de maneira clara e precisa em sua Política de Privacidade, o modo de tratamento de dados pessoais, bem como a forma de coleta dos dados, enquadramento legal, formato de compartilhamento de dados e informações de contato do DPO.

26.3 Seguradora e Estipulante se obrigam a garantir o cumprimento integral à Lei Geral de Proteção de Dados e adotar políticas de boas práticas de governança, que assegurem a segurança nos procedimentos de tratamentos de dados pessoais, para garantir a integridade, confidencialidade e disponibilidade, de acordo com as regras da organização, incluindo as obrigações de ações educativas aos agentes de tratamento, bem como mecanismos internos de supervisão e mitigação de riscos.

26.4 Em suas operações e negócios, cada parte será responsável pelas medidas a serem adotadas em casos de incidentes de segurança que afetem dados pessoais e que possuam relação direta com este contrato, nos termos da legislação, devendo ocorrer cooperação mútua em casos de incidentes que possam acarretar risco ou dano relevante aos titulares.

26.5 Em caso de conhecimento ou suspeita de qualquer incidente de segurança que possa comprometer a integridade, confidencialidade e/ou disponibilidade de qualquer dado pessoal vinculado à esta relação contratual, a Parte responsável deverá tratar de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação atual.

26.6 Seguradora e Estipulante se obrigam a tratar os dados pessoais dentro das especificidades acordadas, incluindo o dever de comunicar os titulares sobre os termos previstos em Política de Privacidade, com a garantia dos padrões de segurança e controle restrito aos acessos, manipulação e compartilhamento, para garantir a inviolabilidade aos dados pessoais.

26.7 Em casos de penalidades decorrentes ao descumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, as partes cooperarão mutuamente em eventual defesa, indenização ou sanção, no limite de sua responsabilidade.

26.8 Na contratação de seguros coletivos estipulados, cada parte atua como Controlador independente e responsável pelo tratamento dos dados pessoais envolvidos, existindo autonomia para seguir sua política de privacidade interna, desde que em conformidade com a legislação vigente.

27. EXCEDENTE TÉCNICO

27.1 O Contrato firmado entre a seguradora e o estipulante poderá estabelecer a reversão de excedente técnico, conforme critérios previstos na Cláusula Suplementar de Reversão de Excedente Técnico, que será anexada a estas Condições Gerais, se adotada.

28. FORO

28.1 Fica eleito o foro do domicílio do estipulante, do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre as partes.

28.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1 Este seguro é por prazo determinado, tendo à sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

29.2 Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

29.3 Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.

29.4 Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

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

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

29.7 O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site https://www.gov.br/susep/pt-br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

29.8 As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico https://www.gov.br/susep/pt-br de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta, bilhete, certificado ou no título de capitalização.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
b) Os acidentes que resultem a morte 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 que resultem a morte decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
e) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1.1.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

7.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
f) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
g) Declaração de únicos herdeiros (original);
h) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
i) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
j) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 7.1.1, excetuando o documento citado na alínea “h”:

a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
b) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);

c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
d) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
h) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

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

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

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

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

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

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

8. Beneficiários

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão legal.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 **Acidente pessoal**: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, do segurado observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
b) Os acidentes que resultem a morte do segurado, 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 que resultem a morte do segurado, decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
e) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1.1.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte acidental do segurado, exclusivamente, causada por acidente pessoal coberto pelo seguro, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

3.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte acidental, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

3.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
f) Termo de Rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
g) Declaração de únicos herdeiros (original);
i) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
j) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
k) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);

l) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

m) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);

n) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);

o) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);

p) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);

q) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

r) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

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

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

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

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

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

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

8. Beneficiários

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão civil.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. Objetivo da Cobertura

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela que integra esta condição, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, **causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro,** após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, **durante a vigência da cobertura, limitado ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais**.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

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

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demostrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	D I S C R I M I N A Ç Ã O	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-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 uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	**sem indenização**
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	

	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
DIVERSAS	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15

Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**

3.9 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**

3.10 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**

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

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):**

a) Perda de dentes e danos estéticos;
b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
h) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8. Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9. Junta Médica

9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, 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 insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais**.

2 Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

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

d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.**

3 Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demostrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	D I S C R I M I N A Ç Ã O	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-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 uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	**sem indenização**
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	

DIVERSAS	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15

Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**

3.9 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**

3.10 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**

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

3.12 **Majoração de Membros**

3.12.1 Consiste na possibilidade do segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem por cento), conforme indicado nas condições contratuais do seguro.

3.12.2 São membros passíveis de majoração:

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

3.12.3 A indicação dos órgãos/membros na proposta de contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

3.12.4 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione invalidez permanente parcial, o segurado receberá 100% (cem por cento) da indenização contratada para a cobertura de invalidez permanente por acidente.

4 Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM):**

a) **Perda de dentes e danos estéticos;**
b) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
c) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
d) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6 Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);

h) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);

i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8 Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9 Junta Médica

9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10 Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, caso haja a perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2 Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 **Acidente pessoal**: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente **total** do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre**

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente **total** do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente **total** quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demostrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	D I S C R I M I N A Ç Ã O	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

3.6 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.**

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

4 Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):**

a) Perda de dentes e danos estéticos;
b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente **Total** por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente **total** por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6 Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e **Total** por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
h) Resultado de todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);

i) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original);
j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8 Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9 Junta Médica

9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10 Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:

3.1.1 Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

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

d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.1.2 Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:

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

3.1.3 Doenças Terminais:

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

3.1.4 Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:

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

3.1.5 Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela *NYHA*, exceto doenças congênitas:

a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos alvo, representando-

se como condição funcional de grau IV (*NYHA*), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.1.6 Doenças Crônicas:

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

3.1.7 Perda de existência independente do segurado:

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

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

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

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

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Antecipação Especial por Doença quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), conforme as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 A Cobertura de Antecipação Especial por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) Termo de curatela (cópia simples).
g) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.**

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

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

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de antecipação especial por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado da cobertura, caso o segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1 **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

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

2.1.3 **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.4 **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.5 **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

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

2.1.8 **Dados Antropométricos:** peso e altura do indivíduo.

2.1.9 **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

2.1.11 **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

2.1.13 **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.14 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.15 **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.16 **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

2.1.17 **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.18 **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.1.19 **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.20 **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

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

2.1.22 **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

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

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

3. Riscos Cobertos

3.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2 Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças**:

3.2.1 **Deficiência visual, decorrente de doença:**

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

3.2.2 **Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:**

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

3.2.3 **Doenças Terminais:**

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

3.2.4 **Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:**

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

3.2.5 **Insuficiência cardíaca refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela *NYHA*, exceto doenças congênitas:**

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

3.2.6 **Doenças Crônicas:**

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

3.2.7 **Perda de existência independente do Segurado:**

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

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

3.2.8 **Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares:**

a) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.

3.2.9 **Doenças do aparelho locomotor:**

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

3.3 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1 O IAIF é composto por dois documentos:

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

  a) O 1° 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.
  b) Para a classificação no 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
  c) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

- O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

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

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

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

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

c) **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 **Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.**

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

5.4 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência e Franquia" das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 **A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

7.2 Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);

d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);

e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

f) Termo de curatela (cópia simples);

g) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e

dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.**

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

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

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	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 saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de 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 autossuficiência 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 às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado da cobertura, ao segurado, seu curador ou a quem represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, em caso de sua invalidez laborativa permanente e total decorrente de doença profissional do segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

1.2 É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

1.3 Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

2 Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença profissional aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.1.1 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença, que acarretou a sua invalidez.

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

3.2.1 Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

3.3 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por doença profissional, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença

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

3.4 Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

4 Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.**

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 **Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.**

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

5.4 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6 Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7 Cancelamento da cobertura individual

7.1 **A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

7.2 Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8 Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
g) Termo de curatela (cópia simples);
h) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
i) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
j) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades

de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.**

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.5 Reconhecida a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

9 Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por doença profissional são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10 Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11 Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. O serviço de assistência funeral, poderá ser concedido:
3.1.1 Plano individual: a todos os segurados principais.
3.1.2 Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.
3.1.3 Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1.4 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2 Serviços de Assistência Funeral:

3.2.1 Caso a opção seja pela utilização do serviço de assistência funeral, a Central de Atendimento do Serviço de Assistência deve ser acionada, onde serão aceitas ligação a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;
b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do falecido; e
c) Documentos necessários para comprovar o vínculo com o estipulante e o vínculo familiar (se for o caso).

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

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

3.2.2 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.2.3 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

3.2.3.1 **Assessoria para as Formalidades Administrativas:** O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências

realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

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

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

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

3.2.3.5 **Mesa de Condolências:** O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3.12 **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

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

3.3 Reembolso das despesas com funeral:

3.3.1 Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Assistência Funeral por Morte:

a) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando "morte presumida";
e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;
h) A prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Assistência Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

6 Âmbito Geográfico

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

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

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
b) Cartão do CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
d) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte.

8 Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Assistência Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte exclusivamente por acidente do segurado durante a vigência da cobertura, a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 O serviço de assistência funeral, poderá ser concedido:
3.1.1 Plano individual: a todos os segurados principais.
3.1.2 Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.
3.1.3 Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1.4 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2 Serviços de Assistência Funeral:

3.2.1 Caso a opção dos familiares seja pela utilização do serviço de assistência funeral, a Central de Atendimento do Serviço de Assistência deve ser acionada, onde serão aceitas ligação a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;
b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do segurado; e
c) Documento necessários para comprovar o vínculo com o estipulante e o vínculo familiar (se for o caso).

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

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

3.2.2 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.2.3 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

3.2.3.1 **Assessoria para as Formalidades Administrativas:** O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao

encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

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

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

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

3.2.3.5 **Mesa de Condolências:** O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3.12 **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

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

3.3 Reembolso das despesas com funeral:

3.3.1 Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da Cobertura de Assistência Funeral por Morte por Acidente:

a) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando "morte presumida";
e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;
h) A prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Assistência Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6 Âmbito Geográfico

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

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

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
b) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
d) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental.

8 Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2 **O pagamento de indenização por esta cobertura de Assistência Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal, observadas as condições contratuais.

2 Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 Entende-se por rescisão contratual a forma de finalizar o contrato de trabalho junto ao estipulante em razão da morte do segurado principal.

4 Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Rescisão Contratual, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 O capital segurado desta cobertura pode ser fixo ou proporcional ao capital segurado da cobertura de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado principal.

5.4 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6 Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

6.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
c) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
e) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
f) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

6.2 Para o beneficiário estipulante na cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);

c) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples)

d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

e) Comprovante da condição de empregador e estipulante do seguro, em caso de pessoa física (cópia simples).

7 Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na ausência de indicação aqueles previstos na ordem de sucessão legal, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Esta cobertura será devida quando da ocorrência de morte do segurado, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA, IPAM ou IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.

6.2. **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na ausência de indicação aqueles previstos na ordem de sucessão legal, em caso de sua morte exclusivamente acidental, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.2 Esta cobertura será devida quando da ocorrência de morte acidental do segurado, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA, IPAM ou IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental.

6.2. **O pagamento de indenização por esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por acidente não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite do valor do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente:

2.1.1. **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção da(s) cesta(s) básica(s).

2.1.1.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida, o período de franquia será reduzido para 15 (quinze) ou 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de afastamento decorrente de acidente pessoal coberto, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Franquia

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
h) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

8. Disposições Gerais

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, o pagamento de uma indenização ou reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, até o valor do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 O serviço de auxílio funeral, poderá ser concedido:
3.1.1 Plano individual: a todos os segurados principais.
3.1.2 Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.
3.1.3 Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1.4 Em consequência exclusiva de morte, seja decorrente de causa natural ou acidental, a presente cláusula poderá ser contratada:

3.2 Em forma de indenização:

3.2.1 Pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.2.2 Será estabelecido contratualmente se a indenização relativa à presente Cláusula será ou não deduzida do Capital Segurado da cobertura de Morte na hipótese de evento coberto.

3.2.3 Também, se caso houver contratação de adiantamento do Capital Segurado desta cobertura, será estabelecido contratualmente.

3.2.3.1 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da cobertura auxílio funeral por morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

3.3 Em forma de reembolso das despesas com funeral:

3.3.1 Caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro e da cobertura de Morte, estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte:

a) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando "morte presumida";
e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

6. Âmbito Geográfico

6.1 A cobertura de Auxílio Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original), em caso de reembolso;
b) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) ao beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da

expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte exclusivamente acidental do segurado durante a vigência da cobertura, o pagamento de uma indenização ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 O serviço de auxílio funeral, poderá ser concedido:
3.1.1 Plano individual: a todos os segurados principais.
3.1.2 Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.
3.1.3 Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1.4 Em consequência exclusiva de morte, decorrente de causa acidental, a presente cláusula poderá ser contratada:

3.2 Em forma de indenização:

3.2.1 Pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.2.2 Será estabelecido contratualmente se a indenização relativa à presente Cláusula será ou não deduzida do Capital Segurado da cobertura de Morte Acidental na hipótese de evento coberto.

3.2.3 Também, se caso houver contratação de adiantamento do Capital Segurado desta cobertura, será estabelecido contratualmente.

3.2.4 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da cobertura de auxílio funeral por morte acidental, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura de Morte acidental, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

3.3 Reembolso das despesas com funeral:

3.3.1 Caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental:

a) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando "morte presumida";
e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1 A cobertura de Auxílio Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
b) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
d) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
f) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) ao beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):

2.1.1 **Carência:** É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07(sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 **Limite de Diárias:** É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de franquia contratada, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.

2.1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.

2.1.4 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.5 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3 Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada dia em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clinico 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 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, 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.

4 Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:**

a) **LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;**

b) **Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**

c) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;**

d) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**

e) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**

f) **Hospitalização para check-up;**

g) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;**

h) **Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;**

i) **Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;**

j) **Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**

k) **Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;**

l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
m) Síndrome do pânico;
n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3. Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6 Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7 Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8 Limite de Diárias

8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

9 Carência

9.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais.

9.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

10 Liquidação de Sinistros

10.1 Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

10.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

10.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

10.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

10.7 **No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**

10.8 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

10.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

10.10 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.**

10.11 **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.**

11 Despesas de Comprovação

11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

12 Junta Médica

12.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

13 Disposições Gerais

13.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**

13.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**

13.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**

13.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

13.5 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as**

providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

13.6 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente):

2.1.1 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

2.1.1.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.2 **Limite de Diárias:** É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.

2.1.2.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.

2.1.3 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada dia em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clinico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, 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.

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente:**

a) **LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;**

b) **Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**

c) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;**

d) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**

e) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**

f) **Hospitalização para check-up;**

g) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

h) **Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;**

i) **Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;**

j) **Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**

k) **Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;**

l) **Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;**

m) **Síndrome do pânico;**
n) **Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
o) **Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;**
p) **Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
q) **Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
r) **As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;**
s) **As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;**
t) **As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;**
u) **Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
v) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
w) **Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
x) **Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;**
y) **Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
z) **Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
aa) **Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.**

4.2 **Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**

4.3 **Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.**

4.3.1 **Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.**

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7. Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8. Limite de Diárias

8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

9. Liquidação de Sinistros

9.1 Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);

f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);

g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);

i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);

j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

9.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

9.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia previstos no contrato.

9.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

9.7 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

9.8 **Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**

9.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

9.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

9.11 **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.**

10. Despesas de Comprovação

10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

11. Junta Médica

11.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12. Disposições Gerais

12.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**

12.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**

12.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**

12.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

12.4.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

12.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou

acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2 Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

2.1.1 **Carência:** É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3 Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clinico 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 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento da(s) renda(s) 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.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite

do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
f) Hospitalização para check-up;
g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
m) Síndrome do pânico;
n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;

y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6 Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7 Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8 Carência

8.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

8.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

9 Liquidação de Sinistros

9.1 Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

9.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

9.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

9.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

9.7 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

9.8 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

9.9 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

9.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

9.11 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

10 Despesas de Comprovação

10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

11 Junta Médica

11.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição

de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12 Disposições Gerais

12.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

12.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

12.3 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

12.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

12.4.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

12.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente):

2.1.1. **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.1.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.2. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.3. Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. Riscos Cobertos

3.1. A incapacidade temporária, decorrente de acidente pessoal coberto, caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2. Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clinico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento da(s) renda(s) 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.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente):

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
f) Hospitalização para check-up;
g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
m) Síndrome do pânico;
n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa,

síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;

y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3. Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

5.4. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7. Franquia

7.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8. Liquidação de Sinistros

8.1. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território

nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

8.3. Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

8.4. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.5. Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

8.6. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

8.7. No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

8.8. Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

8.9. A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

8.10. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

8.11. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

9. Despesas de Comprovação

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10. Junta Médica

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11. Disposições Gerais

11.1. Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

11.2. Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

11.3. **Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes**.

11.4. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

11.4.1. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

11.5. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, perda de emprego é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente no país.

3.2 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.3 O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos desta cobertura a perda de emprego decorrente de:

a) **Programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;**
b) **Demissão por justa causa;**
c) **Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;**
d) **Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;**
e) **Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;**
f) **Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.**

4.2 Também, não estão cobertos os profissionais: autônomos, estagiário, jovem aprendiz, empresário e demais considerados profissionais liberais.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Perda de Emprego.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
d) Páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior (cópia simples);
e) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
g) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso.

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

6.2 O pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia da entrega à Seguradora da documentação mencionada no item acima, desde que o evento esteja coberto.

6.3 Se a condição (desemprego) prevalecer, os demais pagamentos serão cabíveis, respeitando o limite de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro. Contudo cabe ao segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para ter direito ao recebimento da próxima renda.

6.4 Caso não ocorra à comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente cobertura.

7. Carência

7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

7.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, **decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.**

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. **O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.**

3.2. **Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.**

3.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

4. Riscos Excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:**

- **a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- **b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **c) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;**
- **d) Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;**
- **e) Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Franquia

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o valor dedutível do cálculo do pagamento da indenização.

6.2. A franquia, se houver, será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será deduzida do pagamento da indenização.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);
i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

7.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

7.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8. Disposições Gerais

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado contratado em razão de nascimento de filho do segurado principal que seja portador de doença congênita, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Para efeito destas Condições Especiais, caracterizam-se como doenças congênitas as seguintes malformações ou anomalias macroscópicas, observadas ao nascimento e que necessitem de acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados:

a) Malformação do sistema nervoso, central e periférico;
b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
d) Malformação dos rins;
e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
g) Malformação dos órgãos dos sentidos; e
h) Anomalias cromossomiais (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

4. Riscos Excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Doença Congênita de Filho quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.**

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Doença Congênita de Filho, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do filho portador da doença congênita.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
d) Carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal (cópia simples);
e) Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita (cópia simples);
f) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados (original);
g) Todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico (cópia simples);
h) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas hígidas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portador (original);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou

tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

6.2. **O pagamento da indenização em decorrência da contratação desta cobertura será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.**

6.3. A seguradora reserva-se o direito de solicitar exames laboratoriais e especializados ou outros documentos necessários, bem como requerer perícia médica, para comprovação da doença que caracterize a cobertura.

6.4. Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

7. Despesas de Comprovação

7.1. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a cobertura.

7.2. 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. Junta Médica

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de malformações ou anomalias, bem como a avaliação da doença congênita relacionada ao filho do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

9. Disposições Gerais

9.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja **decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.**

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.

3.2. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3. Para fins desta cobertura entende-se:

3.3.1. Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3.2. Internação Hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. Riscos Excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH):**

- **a) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;**
- **b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- **c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- **d) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- **e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- **f) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- **g) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**

h) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
i) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
j) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
k) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
l) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
m) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
n) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.

5.2. O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1. A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. Franquia

7.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar.

8. Liquidação de Sinistros

8.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

8.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.

8.4. **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.**

8.5. **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.**

8.6. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8.7. **Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das condições gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**

9. Disposições Gerais

9.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja **decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.**

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, ambas da unidade de terapia intensiva (UTI).

3.2 A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3 Para fins desta cobertura entende-se:

3.3.1 Diária de Internação Hospitalar em UTI: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3.2 Internação Hospitalar em UTI: é a internação em hospital em unidade de terapia intensiva com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por acidente (DIH - UTI):**

- **a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia intensiva (UTI);**
- **b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;**
- **c) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- **d) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- **e) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**

f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
g) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
h) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
i) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
k) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
l) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
m) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
n) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
o) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.

5.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definidos de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1 A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 05 (cinco) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar de unidade de terapia intensiva (UTI).

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI) (cópia simples);
h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

8.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

8.4 **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a incapacidade temporária durante um mesmo período.**

8.5 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.**

8.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8.7 **Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das condições gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de morte e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1. **As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte**.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de causa acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de Morte acidental e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, decorrente de causa acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 **As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte Acidental**.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado 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 insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente do segurado, , a seguradora pagará a indenização no valor do capital segurado como auxílio às despesas para adaptação às novas condições de vida, independente se a invalidez for total ou parcial

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

4. Riscos Excluídos

4.1 **As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições especiais das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da ocorrência do acidente.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), seja ela qual for contratada.

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização para esta cobertura, caso haja ocorrência de sinistro causado por acidente pessoal devidamente coberto e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Em caso de acidente pessoal coberto, a seguradora efetuará o reembolso relativo aos custos com medicamentos, devidamente prescrito por médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento do segurado, até o limite do capital segurado.

3.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para avaliação.

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);

h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);

i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);

j) Comprovantes originais das despesas com a aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);

k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado tenha inequívoco conhecimento do diagnóstico, durante a vigência da cobertura, de ser portador de algum tipo de câncer coberto pelo seguro, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Além das definições previstas nas Condições Gerais do seguro, para a cobertura de diagnósticos de câncer temos:

Câncer ou carcinoma: É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

3. Riscos Cobertos

3.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos o diagnóstico, exclusivamente, de carcinoma ou câncer, assim considerada a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecido, durante a vigência do seguro.

3.2 O diagnóstico de câncer terá de atender, integralmente, os critérios estabelecidos na literatura mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médico-científicas especializadas e pelo ministério da saúde do Brasil e ser devidamente comprovado através de exames e diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

3.3 Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da cobertura individual do segurado e findo o prazo de carência.

3.4 A neoplasia maligna deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida.

3.5 Somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro e de suas renovações, se ocorrerem, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

3.6 Em caso de especificação de cobertura para diagnósticos de câncer estipulando determinadas doenças, a descrição deverá constar no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:

a) **Quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.**
b) **O câncer diagnosticado no período de carência.**
c) **O diagnóstico de Câncer de Pele, salvo para o diagnóstico de "melanoma maligno".**
d) **Qualquer tipo de neoplasia benigna.**
e) **As displasias e lesões pré-cancerígenas.**
f) **Carcinoma "in situ" (incluindo displasia cervical) e neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas.**
g) **Lesões displásicas do colo uterino - NIC I, II e III.**
h) **Lesões displásicas de vulva - NIV I, II e III.**
i) **Lesões displásicas de vagina - NIVA I, II e III.**
j) **Lesões borderline e lesões de comportamento incerto.**
k) **Pólipos intestinais sem caracterização de neoplasia invasiva.**
l) **Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.**
m) **Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.**
n) **Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.**
o) **Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diagnóstico de câncer, conforme as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 **Se contratada como antecipação da cobertura de morte, a cobertura de Diagnóstico de câncer não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

7.2 **O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.**

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Diagnóstico de câncer, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (original);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou

tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.3 Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de diagnóstico de câncer são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

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

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) prematuro(s) durante a vigência da apólice.

2. Definições

2.1 **Prematuros:** recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

2.2 **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto. Não é considerado natimorto o feto que falece logo após o nascimento com vida.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s) , desde que respeitadas as condições contratuais.

3.2 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.3 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

a) Natimortos
b) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular
c) Recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Certidão de nascimento;
d) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
   i. nome completo;
   ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
   iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
   iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
   v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
   vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
   vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado, em caso de morte de seu cônjuge, ou ainda em consequência de algum dos demais eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1. Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

.

3. Riscos Cobertos

3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro das condições gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:

a) Cobertura de Morte;
b) Cobertura de Morte Acidental;
c) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
d) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM);
e) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
f) Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);
g) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
h) Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
i) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
j) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
k) Cobertura de Auxílio Cesta Básica (CB);
m) Cobertura de Auxílio Cesta Básica por acidente (CB);
n) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
p) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental;
q) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO).
r) Doenças Graves Conjuge

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais do seguro, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.

5. Formas de Participação

5.1 **Automática:** inclusão de cônjuge no seguro de forma automática, sem necessidade de adesão individual, devidamente especificada no contrato, estando cobertos pelo seguro os cônjuges de todos os segurados principais.

5.2 **Facultativa:** quando serão incluídos os cônjuges dos segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

6. Vigência

6.1. O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

a) A data de início da cobertura do segurado principal, para cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou
b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:

a) Com a morte do cônjuge;
b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável.

7. Capital Segurado

7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

7.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

8. Beneficiários

8.1. No caso da morte do cônjuge/companheiro, o beneficiário será o próprio segurado principal.

8.2. Nas demais coberturas, fica estabelecido o constante nas condições especiais de cada cobertura.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro e o constante nas condições especiais de cada cobertura.

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado principal em caso de morte de seu(s) filho(s) dependente(s), ou ainda em consequência de algum dos demais eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, observadas as demais condições contratuais.

1.2. A condição de dependência do(s) filho(s) será apurada conforme os critérios da regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

2. Definições

2.1. Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

3. Riscos Cobertos

3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o(s) filho(s) será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro das condições gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:

a) Cobertura de Morte;
b) Cobertura de Morte Acidental;
c) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
d) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
e) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
f) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental.

3.2. Poderão fazer parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge do segurado principal, conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

3.3. **No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes originais, incluindo despesas com traslado.**

3.3.1. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.4. **Quando ambos os pais forem segurados dentro de um mesmo grupo, cada filho estará segurado apenas uma vez, sendo considerado dependente daquele que possuir o maior capital segurado, e que será denominado segurado principal para fins desta cláusula.**

4. Riscos Excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, exclui-se desta cláusula o filho do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.**

5. Aceitação e Inclusão

5.1. A inclusão de filhos no seguro ocorrerá de forma automática.

6. Vigência e Término do Risco Individual

6.1. O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

a) A data de início da cobertura do segurado principal; ou
b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro sob esta cláusula suplementar terminará com a perda da condição de dependência ou com a morte do filho.

7. Capital Segurado

7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

7.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

8. Beneficiários

8.1. No caso da morte de filho segurado dependente, o beneficiário será o próprio segurado principal.

8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referente as coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais do segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro e o constante nas condições especiais de cada cobertura.

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. Objetivo

1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. Definições

2.1 Excedente técnico é a diferença positiva entre as receitas e despesas da apólice, de um determinado período.

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

3. Critérios para a distribuição do excedente técnico

3.1. Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice livremente pactuado e constante da Proposta de Contratação e do Contrato firmado entre as partes.

3.2. A distribuição de excedente técnico fica condicionada à existência de uma quantidade mínima mensal de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

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

3.4. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da apólice durante a vigência do contrato.

4. Apuração do Resultado

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

4.1.1. Receitas:

a) Prêmios líquidos de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

4.1.2. Despesas:

a) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
b) As comissões de corretagem, administração (pró-labore), agenciamento e outras pagas durante o período de apuração;
c) Valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e as despesas de sinistros, ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
d) As despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante;

e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
f) Alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores.

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

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

4.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro” das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4.4. Eventuais novos itens de receitas e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre seguradora e estipulante.

4.5. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

5. Disposições Gerais

5.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO AFASTAMENTO COLABORADOR

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao empregador o pagamento do capital segurado contratado em caso de afastamento decorrente de evento coberto dos seus colaboradores, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se as definições do item 2.1 das Condições Gerais.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto afastamentos decorrentes de:
a) Licença maternidade.
b) Licença paternidade.
c) Afastamento decorrente de acidente pessoal, para que haja cobertura, é necessário que o colaborador fique afastado por, pelo menos, 30 (trinta) dias e tenha recebido o auxílio acidente do INSS.

3.2 Os tipos de afastamentos contratados estarão descritos no contrato com o respectivo capital segurado.

3.3 O início do afastamento deverá ocorrer dentro do período de vigência do segurado.

4. Riscos Excluídos

4.1 Aplicam-se as exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização para auxílio creche, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do colaborador.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Franquia

6.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de auxílio creche, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
d) Formulário de Autorização para Crédito em conta;

Além dos documentos listados acima, deverão ser providenciados os documentos de acordo com o tipo de evento, conforme orientações abaixo:

7.1.1. Licença maternidade ou paternidade:
a) Certidão de nascimento

7.1.2. Afastamento por acidente
b) Carta de afastamento expedida pelo INSS

8. Disposições Gerais

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado desta cobertura ao próprio segurado em caso de aposentadoria por **invalidez** pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, durante a vigência da apólice e do segurado.

1.2 A caracterização da invalidez será determinada pelo INSS.

2 Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 Riscos Excluídos

3.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

a) **Qualquer aposentadoria que não seja caracterizada por invalidez, ou seja: Aposentadoria Especial por Tempo de Contribuição; Aposentadoria por Idade Urbana; Aposentadoria de Pessoa com Deficiência por Idade; Aposentadoria de Pessoa com Deficiência por Tempo de Contribuição ou Aposentadoria por Tempo de Contribuição do Professor.**
b) **Auxílio Doença, Auxílio Acidente;**
c) **Aposentadorias por invalidez, concedidas antes do início de vigência da apólice.**
d) **Outros benefícios previdenciários.**

4 Capital Segurado

4.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

4.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da concessão da aposentadoria por invalidez indicada no termo de concessão do INSS.

4.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

5 Carência

5.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

5.2 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

6 Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Auxílio Invalidez, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

c) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (original);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
e) Termo de curatela, se for o caso (cópia simples);
f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
    i. nome completo;
    ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
    iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
    iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
    v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
    vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
    vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7 Despesas de Comprovação

7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da aposentadoria por invalidez são de responsabilidade do próprio segurado.

8 Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular o pagamento do capital segurado contratado em caso do seu casamento no civil, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

1.2 Quando o casal trabalhar na mesma empresa, a cobertura será paga a ambos.

2. Definições

2.2 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se as definições do item 2.1 das Condições Gerais.

3. Riscos Cobertos

8.3 Considera-se risco coberto o casamento no civil do segurado titular, desde que o casamento ocorra durante a vigência do risco individual.

4. Riscos Excluídos

4.2 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) Certidão de casamento religioso;
b) Comprovante ou Declaração de União estável;
c) Reconhecimento de União Estável depois da morte de um dos cônjuges.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do casamento no civil.

5.3 Caracterizado o evento, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de auxílio casamento, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Certidão de casamento expedida pelo cartório
c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
e) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
f) Formulário de Autorização para Crédito em conta;
g) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
   i. nome completo;

ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CRECHE

1. Objetivo da Cobertura

1.2 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular do seguro o reembolso, por período determinado, até o capital segurado contratado em caso de matrícula do(s) seu(s) filho(s) de até 3 (três) anos em creche/escola particular, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

1.3 Quando o pai e a mãe trabalharem na mesma empresa, a cobertura não se acumula.

2. Definições

2.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se as seguintes definições:

2.1.1. Creche/Escola Particular: Escola ou creche devidamente regularizada junto aos órgãos competentes.

2.1.2. Enteado: filho biológico somente do cônjuge ou companheiro(a) do Titular.

3. Riscos Cobertos

3.1. Considera-se risco coberto a matrícula e permanência, mínima de 2 (dois) meses, do(s) filho(s) de até 3(três) anos do segurado titular em creche/escola, exclusivamente particular, desde que a solicitação do reembolso seja realizada até 60 (sessenta) dias corridos da última parcela coberta após a matrícula.

4. Riscos Excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

a) Matrículas em escolas públicas;

b) Filhos matriculados com idade superior a 3 (três) anos;

c) Matrículas de Enteados.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização para auxílio creche, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da matrícula na creche/escola.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

4.1 Para a cobertura de auxílio creche, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Certidão de nascimento do filho;
c) Matrícula do filho na creche/escola particular
d) Comprovante de pagamento da matrícula e da 2 (duas) primeiras mensalidades, com nota ou cupom fiscal e somente após esta comprovação a parcela será liberada.
e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
g) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
h) Formulário de Autorização para Crédito em conta;
i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
    i. nome completo;
    ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
    iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
    iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
    v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
    vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
    vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7. Disposições Gerais

5.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização para adequação da casa ou veículo do segurado titular, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente do segurado, **em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, durante a vigência da cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

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

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demostrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização:

INVALIDEZ PERMANENTE	D I S C R I M I N A Ç Ã O	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	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	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-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 uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	**sem indenização**

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	3
	- Má oclusão palpebral bilateral	6
	- Ptose palpebral unilateral	5
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	**SISTEMA AUDITIVO**	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	**MAMAS (FEMININAS)**	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total ou definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Extirpação da vesícula biliar	7
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**

3.9 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**

3.10 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**

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

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Adaptação de casa e/ou veículo por invalidez:**

a) Perda de dentes e danos estéticos;
b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observado o capital máximo contratado.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
h) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
   i. nome completo;
   ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
   iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
   iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
   v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
   vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
   vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7. Despesas de Comprovação

7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

7.2 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. Junta Médica

8.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

8.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional**.

1.2. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

1.4. **A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.**

2. Definições

2.1. **Nascimento com vida:** Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2. **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.

2.3. **Responsáveis Legais**: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.4. **Período Gestacional:** período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. Riscos Excluídos

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados nas coberturas e Morte e Morte Acidental, estão também excluídos desta cobertura**

- **a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;**
- **b) Natimorto;**
- **c) Adoção.**

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do óbito do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

4.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única.

5. Liquidação De Sinistros

5.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., além dos documentos para a cobertura de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 10 TIPOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais

1.1.1 **O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.**

1.1.2 **Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.**

1.1.3 **Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída.**

2. Riscos Cobertos

2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves– 10 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico inicial ocorrido durante a vigência do risco individual de cada segurado e comprovado por médico habilitado e/ou exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir:

2.1.1. Doenças cobertas.

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:
- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para

correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.
A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico e exames complementares.

v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.

vi. **Transplantes de Órgãos:** Submeter-se à procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

vii. **Cirurgia da Aorta:** submeter-se à cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

viii. **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** submeter-se à cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

ix. **Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

x. **Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3. Carência

3.1. Estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de **Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias** e, somente se, o Segurado **sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.**

3.1.1. **Quando for solicitado aumento de Capital, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.**

4. Riscos Excluídos

4.1. A cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de

Diretos" desta Condição Geral. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, os diagnósticos a seguir:

i. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única, ao segurado principal.

5.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

5.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

6. Liquidação Sinistro

7.1 Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF segurado principal (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico habilitado para o tratamento da doença ou cirurgia, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (cópia simples);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) O segurado deve comprovar o vinculo empregatício com o estipulante no mês da ocorrência do sinistro;
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento;
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – No caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7.2. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

7.3. **Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

7. Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura do diagnóstico são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

8.2 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. Junta Médica

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

9. Disposições Gerais

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 17 TIPOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de **sobrevivência** do segurado **30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais

1.1.1. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

1.1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

1.1.3. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída.

1.1.4. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única ao segurado principal.

2. Riscos Cobertos

2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves– 17 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico inicial ocorrido durante a vigência do risco individual de cada segurado e comprovado por médico habilitado e/ou exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir:

2.1.1 Doenças cobertas.

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:
- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.
A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico e exames complementares.

v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.

vi. **Transplantes de Órgãos:** Submeter-se à procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

vii. **Cirurgia da Aorta:** Submeter-se à cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

viii. **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** Submeter-se à cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

ix. **Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

x. **Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

xi. **Perda Total da Audição:** Perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, de acordo com o seguinte critério:

- Os limiares auditivos sensório-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica.

xii. **Perda Total da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. estabelecida por um período contínuo de 12 meses.

Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

As causas psiquiátricas são excluídas.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

xiii. **Perda Total da Visão (Cegueira):** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

xiv. **Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP**): bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

xv. **Paralisia de Membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora muscular e sensitiva de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por paralisia total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

xvi. **Doença de Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

Haverá cobertura para a Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

xvii. **Queimadura:** Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado.

O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3. Carência

3.1. Estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de **Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias** e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

3.1.1 Quando for solicitado aumento de Capital, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

4. Riscos Excluídos

4.1. A cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Diretos” desta Condição Geral. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, os diagnósticos a seguir:

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):**

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. **Câncer:**

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.

- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

xi. Perda Total da Audição

- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

xii. Perda Total da Fala

- Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.
- Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
- Perdas temporárias da voz de corrente de Acidente Pessoal coberto ou doença.

xiii. Perda Total da Visão (Cegueira)

- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

xiv. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

xv. Paralisia de Membros:

- Perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
- Quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- Paralisia provocada por Síndrome de Gullain-Barré;
- Paralisias hereditárias ou congênitas;
- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;
- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.

xvi. Doença de Parkinson:

- Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
- Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
- Fase inicial da Doença de Parkinson

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única ao segurado principal.

5.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

5.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

6. Liquidação Sinistro

7.1 Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico habilitado para o tratamento da doença ou cirurgia, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (cópia simples);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) O segurado principal deve comprovar vinculo empregatício com o estipulante no mês de ocorrência do sinistro;
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento;
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
I – No caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente

Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item "Despesas de Comprovação" desta Condição Especial.

7.3 **Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora**

7. Despesas de Comprovação

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura do diagnóstico são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

7.2. 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. Junta Médica

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

9. Disposições Gerais

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES CONJUGE – 10 TIPOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de sobrevivência do Cônjuge 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais

1.1.1 **O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.**

1.1.2 **Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.**

1.1.3 **Quando o cônjuge atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída.**

1.1.4 Quando contratada a cobertura de Doenças Graves Cônjuge, a inclusão de cônjuges no seguro será de forma automática, devidamente especificada no contrato.

1.1.5 Quando contratada a cobertura de Doenças Graves Cônjuge, a inclusão de cônjuges no seguro será automática, devidamente específicada no contrato.

1.1.6 Para a contratação desta cobertura, será necessária a apresentação de proposta e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA) devidamente preenchida pelo cônjuge ou parceiro(a) do segurado principal.

2. Riscos Cobertos

2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves Cônjuge– 10 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico inicial ocorrido durante a vigência do risco individual de cada segurado e comprovado por médico habilitado e/ou exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir:

2.1.1. Doenças cobertas.

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:
   - Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
   - Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

   O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico e exames complementares.

v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.

vi. **Transplantes de Órgãos:** Submeter-se à procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

vii. **Cirurgia da Aorta:** submeter-se à cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

viii. **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** submeter-se à cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

ix. **Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

x. **Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3. Carência

3.1. Estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de **Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias** e, somente se, o Cônjuge **sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.**

3.1.1. Quando for solicitado aumento de Capital, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

4. Riscos Excluídos

1.1. A cobertura de Doenças Graves Cônjuge – 10 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Diretos” desta Condição Geral. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, os diagnósticos a seguir:

i. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.

- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do cônjuge, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5.3. Caracterizado o sinistro, com o cônjuge do segurado, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única, ao próprio dependente na figura de cônjuge.

5.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

5.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada

5.6. Além das situações previstas nos itens "Cancelamento do Seguro" e "Cessação da Cobertura Individual" das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:

a) Com a morte do cônjuge;
b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável, sem devolução do prêmio pago para a cobertura no período vigente.

6. Beneficiário

6.1 **No caso de Doença Grave coberta, o beneficiário será o próprio dependente na figura de cônjuge.**

7. Liquidação Sinistro

7.1 Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do cônjuge do segurado principal (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico habilitado para o tratamento da doença ou cirurgia, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (cópia simples);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença do cônjuge do segurado principal, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao cônjuge do segurado principal (cópia simples);
f) O segurado principal deve comprovar o vínculo empregatício com o estipulante no mês da ocorrência do sinistro;
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento;
h) Certidão de Casamento entre segurado principal e cônjuge no mês do evento;
i) No caso de companheiro(a) os documentos básicos adicionais são: Contrato de união estável ou Declaração de Imposoto de Renda (cópia simples) ou Anotação na carteira de trabalho do segurado principal ou comprovante de dependentes (Se houver);
j) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7.2. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

7.3. **Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

8. Despesas de Comprovação

8.3 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura do diagnóstico são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

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

9. Junta Médica

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES CÔNJUGE – 17 TIPOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de **sobrevivência** do cônjuge **30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais

1.1.1. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

1.1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

1.1.3. Quando o cônjuge atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura perderá automáticamente seus efeitos.

1.1.4. Caracterizado o sinistro com o cônjuge do segurado, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única ao próprio dependente na figura de cônjuge.

1.1.5. Quando contratada a cobertura de Doenças Graves Cônjuge, a inclusão de cônjuges no seguro será automática, devidamente específicada no contrato.

1.1.6. Para a contratação desta cobertura, será necessária a apresentação de proposta e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA) devidamente preenchida pelo cônjuge ou parceiro(a) do segurado principal.

2. Riscos Cobertos

2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves Cônjuge – 17 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico inicial ocorrido durante a vigência do risco individual de cada segurado e comprovado por médico habilitado e/ou exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir:

2.1.1 Doenças cobertas.

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:
- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico e exames complementares.

v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.

vi. **Transplantes de Órgãos:** Submeter-se à procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

vii. **Cirurgia da Aorta:** Submeter-se à cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

viii. **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** Submeter-se à cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

ix. **Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.

- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

x. **Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:
- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

xi. **Perda Total da Audição:** Perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, de acordo com o seguinte critério:
- Os limiares auditivos sensório-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica.

xii. **Perda Total da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. estabelecida por um período contínuo de 12 meses.

Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

As causas psiquiátricas são excluídas.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

xiii. **Perda Total da Visão (Cegueira):** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:
- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

xiv. **Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP**): bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

xv. **Paralisia de Membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora muscular e sensitiva de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por paralisia total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

xvi. **Doença de Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

Haverá cobertura para a Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

xvii. **Queimadura:** Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado.

O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3. Carência

3.1. Estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de **Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias** e, somente se, o Cônjuge sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

3.1.1 Quando for solicitado aumento de Capital, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

4. Riscos Excluídos

1.1. A cobertura de Doenças Graves Cônjuge – 17 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Diretos” desta Condição Geral. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves Cônjuge – 17 tipos, os diagnósticos a seguir:

i. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):**
- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. **Câncer:**
- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).

- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.

- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

xi. Perda Total da Audição

- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

xii. Perda Total da Fala

- Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.
- Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
- Perdas temporárias da voz de corrente de Acidente Pessoal coberto ou doença.

xiii. Perda Total da Visão (Cegueira)

- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

xiv. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

- Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

xv. Paralisia de Membros:

- Perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
- Quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- Paralisia provocada por Síndrome de Gullain-Barré;
- Paralisias hereditárias ou congênitas;
- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;
- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.

xvi. Doença de Parkinson:

- Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
- Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
- Fase inicial da Doença de Parkinson

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do cônjuge do segurado principal, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5.3. Caracterizado o sinistro com o cônjuge do segurado, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única ao próprio dependente na figura de cônjuge.

5.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

5.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

5.6. Além das situações previstas nos itens "Cancelamento do Seguro" e "Cessação da Cobertura Individual" das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:

a) Com a morte do cônjuge;

b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com odivórcio ou fim da união estável, sem devolução do prêmio pago para a coberturano período vigente.

6. Beneficiário

6.1 **No caso de Doença Grave coberta, o beneficiário será o próprio dependente.**

7. Liquidação Sinistro

7.1 **Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:**

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do cônjuge do segurado principal (cópia simples);
c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico habilitado para o tratamento da doença ou cirurgia, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (cópia simples);
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença do cônjuge do segurado principal, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) O segurado principal deve comprovar vinculo com o estipulante no mês do sinistro (cópia simples);
g) Certidão de Casamento entre o segurado principal e o cônjuge;
h) Em caso de companheiro(a), os documentos básicos adicionais são: Contrato de União Estável ou Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (Se houver), ou Declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente;
i) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento;
j) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – No caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em

caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

7.2. **O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item "Despesas de Comprovação" desta Condição Especial.**

7.3. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura do diagnóstico são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

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

9. Junta Médica

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FRATURAS DE OSSOS

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas, **no Item 6. Indenização desta cláusula**, aplicados sobre o valor do capital segurado definido para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.**

2. Definições

2.1. Para fins desta cobertura, define-se como:

a) **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra;
b) **Fratura incompleta:** quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os segmentos ainda unidos;
c) **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
d) **Fratura Complexa:** fratura exposta (quanto os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função * de um órgão, cominutiva, com vários fragmentos;
e) **Fratura Complexa:** fratura exposta (quanto os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função * de um órgão, cominutiva, com vários fragmentos;
f) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso, fratura da extremidade distal do rádio, com deslocamento de fragmento para trás e para fora;
g) **Fratura de Dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

3. Riscos Cobertos

3.1. Desde que contratada, a cobertura Fratura de Ossos cobre as lesões especificadas no item 6 Indenização, **relacionadas exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente dos riscos excluídos conforme item 4**, e desde que ocorrido dentro do período de vigência do seguro.

4. Riscos Excluídos

Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:

a) **osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea), fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose), doenças congênitas, paralisia, desuso, poliomielite, fratura por stress;**
b) **acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;**
c) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**

d) **quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**

e) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**

f) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**

g) **autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;**

h) **fraturas ocorridas sobre ossos já previamente lesionados;**

i) **eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.**

Perda de Direitos:

a. Agravamento ou alteração das circunstâncias do sinistro, apresentação de declarações/documentos inexatos ou omissão informações, visando obter o pagamento de indenização indevida ou maior que a devida.
b. For verificada a simulação de sinistro ou67t6 se ocorrer fraude ou tentativa de fraude;

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas abaixo.

5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical / Pescoço	100
Quadril ou Pelve ou Bacia ou Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	80
Crânio	53
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27
Osso esterno, patela (rótula)	13
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4
Costelas (cada)	3
Dedos da mão e do pé (cada)	1

5.3. Em caso de ocorrência de um sinistro, o valor do capital segurado será reintegrado após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

5.4. O valor da indenização, depois de calculado com os percentuais da tabela acima descrita, será pago sob forma de parcela única.

6. Âmbito Geográfico

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. Liquidação de Sinistro

7.1. Para acionar esta cobertura de Fraturas de Ossos e dar início a contagem de prazo de regulação de Sinistro, os documentos abaixo listados deverão ser apresentados na Seguradora:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
g) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
h) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
i) relatório detalhado do médico atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo segurado * e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito, exames diagnósticos iniciais e de seguimento da fratura, como rx, ressonâncias, tomografias, ultrassonografias;
j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
k) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado (original), contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

i. nome completo;
ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta*);
v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta*);
vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta*);

*Consideram-se pessoas politicamente expostas: Pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, dirigentes de partidos políticos, dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado. Conforme circular SUSEP 612/20.

7.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura do diagnóstico são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da fratura.

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

9. Junta Médica

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Beneficiários

10.1. O beneficiário será o próprio segurado

11. Disposições Gerais

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA)

1 Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização ao segurado, seu curador ou a quem represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, invalidez laborativa permanente e total decorrente de acidente do segurado ocorrido, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

1.2 É considerada invalidez laborativa permanente total por acidente aquela ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, definida como aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por acidente profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

2 Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.1.1 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo de acidente, que acarretou a sua invalidez.

3.2 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por acidente será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização do acidente ou através de junta médica.

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

3.4 **A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com a conclusão do departamento médico do segurado.**

3.5 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.6 **Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por acidente que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).**

3.7 **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.**

3.8 **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.**

3.9 **A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte/morte acidental, se contratada, não se acumulam.**

4 Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

a) **Perda de dentes e danos estéticos;**

b) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**

c) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**

d) **Apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outras doenças não enquadradas no conceito de acidente pessoal.**

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

f) **Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;**

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

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6 Cancelamento da cobertura individual

6.1 **A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente Profissional (ILPTA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).**

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

6.3 **A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização desta cobertura (ILPTA), ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

6.4 Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do acidente, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem o quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
i) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
j) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
k) Termo de curatela (cópia simples)
l) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
n) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:
a) nome completo;
b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
II – no caso de pessoas jurídicas:
a) a denominação ou razão social;
b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso.

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

7.3 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8 Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por acidente profissional são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante ou nas situações de junta médica, conforme disposto na Cláusula 9.

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

9 Junta Médica

9.1 No caso de divergências médicas sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10 Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO DESCANSO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice, tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular do seguro, o pagamento do valor do capital contratado, a título de Auxílio Descanso.

2. Definições

2.1. Descanso será o período que o titular não exercerá as atividades vinculadas ao estipulante, com o objetivo de repouso.

3. Riscos Cobertos

3.3 Considera-se risco coberto o período de trabalho definido nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de atingimento de requisitos mínimos acordados entre as partes envolvidas.

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Descanso.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

i) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
j) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
k) Certidão de nascimento;
l) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
m) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

n) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
o) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
viii. nome completo;
ix. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
x. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
xi. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
xii. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
xiii. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
xiv. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

6.2. **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Descanso não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CNPJ: 61.198.164/0001-60

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO POR FIDELIDADE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice, tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular do seguro, o pagamento do valor do capital contratado, a título de Auxílio Fidelidade.

2. Definições

2.1. Fidelidade será a constância dos compromissos assumidos entre trabalhador, estipulante(s) e seguradora.

3. Riscos Cobertos

3.4 Considera-se risco coberto o período de trabalho definido nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de atingimento de requisitos mínimos acordados entre as partes envolvidas.

3.5 Riscos Excluídos

3.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora.

4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio por Fidelidade.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro.

4.3. O pagamento do capital será feito em parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

5. Liquidação de Sinistros

5.1. Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

p) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
q) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
r) Certidão de nascimento;
s) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
t) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
u) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
v) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
   xv. nome completo;
   xvi. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território

nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

xvii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

xviii. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

xix. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

xx. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

xxi. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

5.2. **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Descanso não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

6. Disposições Gerais

6.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO NASCIMENTO DE FILHOS

1. Objetivo da Cobertura

1.2 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) durante a vigência da apólice.

2. Definições

2.3 **Recém-nascidos:** recém-nascido vivo.

3. Riscos Cobertos

3.4 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s) ou não, desde que respeitadas as condições contratuais.

3.5 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.6 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. Riscos Excluídos

4.2 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**

d) Natimortos

e) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular

5. Capital Segurado

5.4 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

5.5 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.6 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. Carência

6.3 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.4 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Liquidação de Sinistros

7.2 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
c) Certidão de nascimento;
d) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

xxii. nome completo;
xxiii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
xxiv. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
xxv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
xxvi. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
xxvii. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
xxviii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

8. Disposições Gerais

8.2 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.