

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Acidentes Pessoais Modular



SEGURO PESSOAS COLETIVO

Sumário

1. Objetivo do seguro	7
2. Eventos cobertos	7
3. Coberturas	7
4. Riscos excluídos	9
5. Cláusula beneficiária	10
6. Âmbito territorial da cobertura	11
7. Idade do segurado	11
8. Vigência do seguro	11
9. Contratação do seguro pelo estipulante	12
10. Adesão do seguro pelo segurado	12
11. Alteração da apólice	13
12. Renovação	14
13. Consequências de declarações incorretas	14
14. Capital segurado	16
15. Pagamento do prêmio	16
16. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas	19
17. Carências	19
18. Franquias	19
19. Cancelamento	19
20. Procedimento em caso de sinistro	21
21. Perícia da seguradora	23
22. Junta médica	23
23. Reintegração de Cobertura	23
24. Atualização dos valores do seguro	23
25. Obrigações do estipulante	24
26. Comunicações	25
27. Foro	25
28. Do sigilo e da confidencialidade	26
29. Privacidade e proteção de dados	26
30. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais	26
31. Disposições Finais	27
32. Glossário de termos técnicos	27

Condições Especiais
SEGURO PESSOAS COLETIVO

Sumário

1. Morte – M	33
2. Morte Acidental – MA	35
3. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente – IPA	38
4. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA	44
5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD	48
6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas – DMHO	54
7. Diárias de Incapacidade Física Temporária – DIT	57
8. Diárias de Incapacidade Física Temporária por Acidente – DITA	62
9. Diárias de Internação Hospitalar – DIH	67
10. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente – DIHA	72
11. Quebra de Ossos – QO	76
12. Cobertura Cirúrgica – CC	79
13. Doenças Congênitas de Filhos – DCF	83
14. Auxílio Cesta Básica – ACB	85
15. Auxílio Financeiro Imediato – AFI	87
16. Rescisão Trabalhista – RT	89
17. Cobertura de Assistência Funeral – Reembolso	91
18. Cobertura de Assistência Funeral – AF	93
18.1. Cobertura de Assistência Funeral – Individual	90
18.2. Cobertura de Assistência Funeral – segurado e Companheiro(a)	90
18.3. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a) e Filhos	90
18.4. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a), Filhos e Pais	90
19. Indenização Especial para Filhos – IEF	102
20. Doenças Graves – DG	104
21. Câncer	109
22. Infarto Agudo do Miocárdio	112
23. Acidente Vascular Cerebral	115
24. Insuficiência renal	118
25. Transplante de órgão vital	121
26. Cegueira – 80% ou mais	124
27. Alzheimer	127
28. Esclerose múltipla	130
29. Parkinson	132
30. Cirurgia de enxerto de bypass da artéria coronária	135
31. Paralisia de membros	139

32. Cirurgia Cardíaca Valvular	142
33. Cirurgia da aorta	145
34. Surdez	148
35. Queimaduras de terceiro grau	151
36. Cobertura para Filhos Póstumos	154
37. Cobertura Adaptação de Residência e/ou Veículo	156
38. Cláusula Suplementar – Inclusão Automática de Cônjuge	160
39. Cláusula Suplementar – Inclusão Automática de Filhos	163
40. Cláusula Suplementar – Inclusão Facultativa de Cônjuge	166
Anexo I – Cláusula de Excedente Técnico	169

CONDIÇÕES GERAIS

Condições gerais

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

1. Objetivo do seguro

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, durante o período de vigência da apólice/certificado individual, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se os itens destas condições gerais e especiais.
- 1.2. **A contratação do seguro é opcional ao estipulante, e o segurado poderá cancelar seu seguro, caso facultativo, a qualquer tempo com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.**
- 1.3. Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros de pessoas personalizados e de contratação coletiva. **Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).**
- 1.4. **A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora.**

2. Eventos cobertos

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

3. Coberturas

- 3.1. As coberturas a seguir poderão ser contratadas conforme determinação do estipulante, respeitadas as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora. Nas contratações de seguros facultativas aos segurados, estes poderão escolher a contratação de coberturas já previamente determinadas pelo estipulante.
- 3.2. A descrição das coberturas deste seguro consta ao final do documento, nas condições especiais. Conforme as conjugações disponibilizadas pela seguradora, qualquer cobertura poderá ser contratada como uma cobertura básica (principal), enquanto todas as demais coberturas, se contratadas, serão consideradas coberturas adicionais.

1. Morte – M
2. Morte Acidental – MA
3. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente – IPA
4. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
7. Diárias de Incapacidade Física Temporária – DIT
8. Diárias de Incapacidade Física Temporária por Acidente – DITA
9. Diárias de Internação Hospitalar – DIH

10. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
11. Quebra de Ossos – QO
12. Cobertura Cirúrgica – CC
13. Doenças Congênitas de Filhos – DCF
14. Auxílio Cesta Básica – ACB
15. Auxílio Financeiro Imediato – AFI
16. Rescisão Trabalhista – RT
17. Cobertura de Assistência Funeral – Reembolso
18. Cobertura de Assistência Funeral – AF
 - 18.1. Cobertura de Assistência Funeral – Individual
 - 18.2. Cobertura de Assistência Funeral – segurado e Companheiro(a)
 - 18.3. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a) e Filhos
 - 18.4. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a), Filhos
19. Indenização Especial para Filhos – IEF
20. Doenças Graves – DG
21. Câncer
22. Infarto agudo do miocárdio
23. Acidente vascular cerebral
24. Insuficiência renal
25. Transplante de órgão vital
26. Cegueira – 80% ou mais
27. Alzheimer
28. Esclerose múltipla
29. Parkinson
30. Cirurgia de enxerto de *bypass* da artéria coronária
31. Paralisia de membros
32. Cirurgia cardíaca valvular
33. Cirurgia da aorta
34. Surdez
35. Queimaduras de terceiro grau
36. Cobertura para Filhos Póstumos
37. Cobertura Adaptação de Residência e/ou Veículo
38. Cláusulas suplementares
 - 38.1. Inclusão automática de cônjuge

- 38.2. Inclusão automática de filhos
 - 38.3. Inclusão facultativa de cônjuge
- 3.3. O conjunto de Coberturas contratadas pelo estipulante será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano de seguro, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado e facultatividade de contratação, conforme o caso.
- 3.4. Cumulação de Coberturas:
- 3.4.1 Cobertura por Morte e Morte Acidental, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
 - 3.4.2 Cobertura por Morte/Morte Acidental e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ("IFPD"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
 - 3.4.3 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente ("IPA"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
 - 3.4.4 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente ("IPTA"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
 - 3.4.5 Cobertura por Morte e qualquer diagnóstico de doenças graves ou intervenções cirúrgicas, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
 - 3.4.6 Cobertura por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas ("DMHO"), Diárias de Incapacidade Física Temporária ("DIT") e/ou Diárias de Internação Hospitalar ("DIH"), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
 - 3.4.7 Cobertura por Doenças Graves e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ("IFPD"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
 - 3.4.8 Cobertura de Filhos Póstumos só poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.
- 3.5. As doenças constantes na cobertura de Doenças graves não poderão ser contratadas adicionalmente de forma isolada.

4. Riscos excluídos

- 4.1. **A ocorrência de quaisquer eventos decorrentes das situações abaixo descritas excluem quaisquer coberturas do seguro, sejam coberturas básicas, adicionais ou suplementares, não cabendo ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) o direito ao recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de prêmios pagos:**
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - c) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
 - d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;

- e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelos beneficiários e/ou pelo representante legal. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes legais;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- i) prática de parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem devida habilitação legal, inclusive aposta ou rachas, exceto na prática de esportes profissionais e nos casos nos quais o segurado tenha informado previamente à seguradora, e esta tenha prévia e expressamente aceito o risco informado;
- j) sinistros caracterizados anteriormente à contratação do seguro e não declarados à seguradora no momento da contratação do seguro ou da inclusão do segurado;
- k) danos morais.

4.2. **O beneficiário também não tem direito ao capital segurado estipulado no certificado individual, nem a devolução dos prêmios pagos, quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado. Nesta última hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no Art. 798 do Código Civil.**

5. Cláusula beneficiária

5.1. Beneficiários em caso de morte

- 5.1.1 Esta cláusula é apenas válida para seguros contratados que possuam uma cobertura que cubra a morte do segurado.
- 5.1.2 O segurado poderá indicar beneficiários específicos que receberão a indenização em caso de sua morte por sinistro em evento coberto. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo durante a vigência do seguro, mediante solicitação por escrito que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.
- 5.1.3 **Caso a seguradora não seja comunicada a tempo quanto a substituição de beneficiários, esta pagará o capital segurado na forma da última indicação de beneficiários que esteja em posse do estipulante ou da própria seguradora, e caso não haja nenhuma indicação, na forma da lei.**
- 5.1.4 **Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o valor da indenização será dividido em partes iguais aos beneficiários**

indicados.

- 5.1.5 Na hipótese de a morte de um ou mais beneficiários indicados ocorrer antes da morte do segurado titular ("premoriência"), a parte a ele(s) determinada será paga na forma da lei.
- 5.1.6 Na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, o pagamento ocorrerá na forma da lei.
- 5.1.7 Caso não haja qualquer indicação de beneficiário ou se a que foi feita não prevalecer, o pagamento da indenização ocorrerá aos beneficiários indicados por lei.
- 5.1.8 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

5.2. Beneficiários das demais coberturas

- 5.2.1 As demais previsões sobre beneficiários constam descritas nas respectivas condições especiais de cada cobertura contratada, ao final das condições gerais.

6. Âmbito territorial da cobertura

- 6.1. O âmbito territorial de cada cobertura está descrito nas respectivas condições especiais contratadas.

7. Idade do segurado

- 7.1. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estarão estabelecidas na proposta de contratação assinada pelo estipulante, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.
- 7.2. O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8. Vigência do seguro

- 8.1. O Seguro Coletivo é contratado pelo estipulante por prazo determinado, tendo a seguradora e o estipulante a faculdade de não renovar a apólice e os certificados individuais na data de vencimento da vigência, independentemente do tempo de relação contratual, sem devolução dos prêmios pagos.
- 8.2. O início e o término de vigência das coberturas individuais de seguro estarão disponíveis nos respectivos certificados individuais.
 - 8.2.1. O prazo final de vigência do certificado individual não ultrapassará o final de vigência da apólice coletiva.
- 8.3. As apólices, os certificados individuais e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nestes documentos.
- 8.4. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, exceto caso o estipulante renove o seguro.**

- 8.5. Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta pela seguradora ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.6. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9. Contratação do seguro

- 9.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do contrato de seguro somente poderão ser feitas mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.
- 9.2. Após aceite da proposta, pela Seguradora, a apólice de seguros será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante no ato da contratação, que deverão ser verdadeiras. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 9.3. **Caso a seguradora constate que quaisquer informações não são verídicas, ou grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora, sendo o estipulante o responsável por qualquer indenização ao grupo segurado, inclusive ressarcindo a seguradora por qualquer dano que venha a causar.**
- 9.4. **Caso algum dado da apólice esteja diferente do informado na Proposta de Contratação, o estipulante terá 30 (trinta) dias contados da emissão da apólice para poderá solicitar à seguradora, por escrito, a correção das divergências. Após este prazo, a redação disposta na apólice será automaticamente convalidada.**

10. Adesão do seguro pelo segurado

- 10.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, ou a formalização por meio remoto seguro aceito pelas partes como válido, de proposta de adesão e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 10.2. No caso de encampação de apólice de seguro não contributivo estipulado por empregador em favor de seus empregados, é admitida a dispensa de proposta de adesão desde que não haja modificação na apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.
- 10.3. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 10.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 10.4.1. A seguradora verificará se as informações contidas na proposta de adesão são suficientes para a emissão do certificado de seguro, sendo que ainda poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração na proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada completa.

- 10.5. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, o que poderá ser feito por meio do estipulante justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 10.5.1. 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 devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 10.6. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto., exceto para cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas.
- 10.7. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
- 10.8. **No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.**
- 10.9. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora poderão ser aceitos e terão direito a todas as coberturas desse seguro. **Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora não serão aceitos.** Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.
- 10.10. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data da formalização da proposta, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento da Prudential do Brasil.

11. Alteração da apólice

- 11.1. Qualquer alteração no seguro somente poderá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.
- 11.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do estipulante e da seguradora ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da prévia e anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 11.3. Alterações na apólice que não impliquem ônus, novos deveres ou diminuição dos direitos dos

segurados poderão ser realizadas apenas com aprovação do estipulante.

- 11.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos obrigatórios (ex.: proposta de contratação, proposta de adesão, declaração pessoal de saúde, indicação de beneficiários, etc.) ou outros documentos citados ao longo das condições contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições gerais e especiais.

12. Renovação

- 12.1. A renovação do contrato de seguro deverá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.
- 12.2. A renovação automática do seguro, se prevista, só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa pelo estipulante e pelo segurado, conforme o caso.
- 12.3. A renovação automática não se aplica caso o segurado, o estipulante ou a seguradora comunique seu desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 12.4. Em cada renovação, será verificado pela seguradora o equilíbrio técnico atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas. Não havendo concordância, a apólice não será renovada, sendo encerrado o seguro no fim da vigência anteriormente pactuada.
- 12.5. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

13. Consequências de declarações incorretas

- 13.1. **Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o segurado perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.**
- 13.1.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do segurado, da corretora de seguros ou do representante legal, a seguradora poderá:
- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- a) **cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:**
- a) **cancelar o seguro, após o pagamento parcial 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(s) beneficiário(s), ou ainda 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- 13.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:
- a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou
 - b) descoberta, pela seguradora, de declarações inexatas graves ou omissões (especialmente na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde), inclusive, mas não se limitando, quanto ao que dispõem sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação ou precificação da proposta .
- 13.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 13.4. Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, cabendo à seguradora a decisão de alterar ou não as condições do seguro para que se adequem as novas informações, podendo inclusive cancelar o seguro sem haver direito ao segurado quanto a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 13.5. O estipulante, o segurado, a corretora e os representantes legais são obrigados a comunicar à seguradora, logo que tomem conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que tinham conhecimento de tal informação e não comunicaram à seguradora.
- 13.5.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, dará ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a(s) cobertura(s) contratada(s).
 - 13.5.2. O cancelamento do contrato/certificado individual de seguro, na hipótese da cláusula 13.5, só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
 - 13.5.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 13.6. O segurado perderá o direito a indenização e não fará jus a devolução de prêmios pagos se o

sinistro decorrer de culpa grave ou dolo do segurado, má-fé, fraude, simulação e/ou decorra de ato ilícito doloso na forma da lei.

14. Capital segurado

14.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

14.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado na proposta de contratação, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.1.2. No caso de seguro ser por adesão facultativa, o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.2. **Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superior ao do segurado titular.**

14.3. **A data do evento para determinar o capital segurado será determinada nas condições especiais do seguro.**

15. Pagamento do prêmio

15.1. O custeio poderá ser contributário ou não, dependendo da escolha do estipulante.

a) contributário, no caso em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou

b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam o prêmio, ficando o pagamento a cargo do estipulante.

15.2. **Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas demais condições gerais do seguro, sob pena de cancelamento do seguro.**

15.2.1. O prêmio poderá ser único ou periódico (conforme previsto na proposta, apólice / certificado individual).

15.3. O prêmio do seguro deverá ser pago conforme periodicidade prevista na proposta de contratação / adesão durante o período de vigência da apólice/certificado individual, podendo ser mensal ou anual

15.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

15.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido quitado, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso. Será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

15.5.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data

do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

- 15.6. **Decorrido o prazo definido na cláusula anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.** Nesse caso, não caberá qualquer restituição, pela seguradora dos prêmios anteriormente pagos.
- 15.7. A seguradora enviará comunicado, ao segurado/estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato ou do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.
- 15.8. Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s), com cobrança dos prêmios em atraso, multa e demais encargos aplicáveis.
- 15.9. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela dos prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).
- 15.10. O pagamento de uma parcela posterior não quita as parcelas anteriores ainda não pagas.
- 15.11. A reabilitação da apólice ou do certificado individual, quando possível, ocorrerá na data em que a seguradora receber o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da apólice ou do certificado individual. Nesse caso, a seguradora responderá pelos sinistros ocorridos a partir de então.
- 15.12. **O estipulante e os segurados obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento dessa obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.**
- 15.13. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.
- 15.14. Caso o estipulante receba, qualquer outro valor com o prêmio, fica obrigado a destacar, no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento, o valor do prêmio de cada segurado.
- 15.15. Salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, o estipulante, nos seguros contributivos, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.
- 15.16. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

15.17. No caso de recebimento indevido de prêmio pela seguradora, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

15.18. De acordo com as características do seguro, não estão previstos a devolução nem o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.

15.19. Quando o pagamento do prêmio for efetivado por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou

respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

16. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas

16.1. Recálculo

16.1.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e consequentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora ajustará à taxa para o reenquadramento previsto na Proposta, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro. A forma como os prêmios serão alterados constará na proposta de contratação e na proposta de adesão.

16.2. Reavaliação

16.2.1. As taxas poderão ser reavaliadas anualmente a critério da seguradora.

16.2.2. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo, exceto para os contratos não contributários, cujo estipulante é responsável integralmente pelo pagamento do prêmio.

17. Carências

17.1. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, 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.

17.2. Em caso de aceitação de grupo segurado de apólice migrada, não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

17.3. Quando aplicável, o prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos. No entanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice/certificado individual.

17.4. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto para o constante no item 4.2 de Riscos Excluídos.

17.5. Para as demais coberturas, quando aplicáveis, as carências estarão descritas nas condições especiais do seguro.

18. Franquias

18.1. Quando aplicáveis, as franquias estarão descritas nas propostas e nos documentos contratuais do seguro.

19. Cancelamento

19.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, desde que haja acordo prévio entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, bem como haja anuência prévia dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.1.1. Nesse caso, do prêmio recebido, a seguradora reterá, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de

prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento, (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura: respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) se o segurado solicitar a sua exclusão da apólice, exceto para seguros compulsórios contratados de forma obrigatória por lei;
- b) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- c) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- d) quando do pagamento da indenização de uma das coberturas contratadas que assim o preveja, conforme previsto nas condições especiais;
- e) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
 - Nos casos de seguros que possuam entre o estipulante e segurado o vínculo empregado-empregador, a perda do vínculo será considerada como ocorrida na data em que houver o desligamento do quadro de colaboradores e após decurso do prazo de aviso prévio (ainda que indenizado), na forma da legislação aplicável.
- f) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 15.5;
- g) se o segurado agravar intencionalmente o risco;
- h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;
- j) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- k) se o estipulante deixar de repassar à seguradora os valores pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributivo. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às penalidades legais e a eventuais ressarcimentos junto ao grupo segurado;
- l) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado (quando possível) ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;
- m) com o encerramento das atividades do estipulante.

- 19.2. As apólices não poderão ser canceladas pela seguradora durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. Procedimento em caso de sinistro

- 20.1. Ocorrido o sinistro, a seguradora deverá ser comunicada, por escrito pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s), logo que tome(m) conhecimento.
- 20.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.
- 20.2.1. A indenização será realizada em parcela única, salvo para as coberturas que preveem pagamento de prestações, cuja quantidade de parcelas estarão definidas nas condições especiais e/ou nos respectivos certificados individuais.
- 20.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura/recuperação completa.
- 20.4. **Os documentos a seguir relacionados, em conjunto com os demais documentos obrigatórios constantes das condições especiais são os mínimos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos pelo seguro e deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada e não estará obrigada ao pagamento da indenização quando houver recusa ou não apresentação:**
- a) **segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).
 - b) **beneficiário:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (no caso de cônjuge), certidão de nascimento (no caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
2. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o

estabelecido na legislação vigente.

4. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, é necessário enviar a declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.
- 20.5. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora, por escolha desta.**
- 20.6. **A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 20.4 e 20.5.**
- 20.7. Estando de posse da documentação mínima completa solicitada no item 20.4, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.
- 20.8. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
 - 20.8.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 20.7 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.
- 20.9. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
 - 20.9.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 20.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 20.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente sob responsabilidade da seguradora. 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.
- 20.12. **Em caso de tentativa do estipulante, do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias**

para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.

21. Perícia da seguradora

- 21.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 21.2. **Comprovada algum tipo de fraude pela perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

22. Junta médica

- 22.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 22.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 22.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 22.4. 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.
- 22.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
- 22.6. **Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ou pessoas que haja comprovação de conflito de interesse, ainda que aparente, mesmo que habilitados a exercer a medicina.**
- 22.7. **Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

23. Reintegração de Cobertura

- 23.1. O capital segurado relativo a cada cobertura não será reintegrado após ocorrência de um evento coberto, salvo se discriminada a respectiva reintegração nas condições especiais.

24. Atualização dos valores do seguro

- 24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

- 24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.
- 24.3. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.
- 24.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:
- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
 - b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
 - c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

25. Obrigações do estipulante

25.1. São obrigações mínimas do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme 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, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) fornecer, no momento da adesão ao seguro, cópia das condições gerais do seguro, bem como, entregar os certificados individuais disponibilizados pela seguradora pelo acesso controlado ao ambiente repositório de todos os certificados emitidos;
- h) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

- i) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- n) entregar assim que receber da seguradora os certificados individuais aos segurados;
- o) excluir o segurado do seguro em caso de recebimento da indenização de IFPD;
- p) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora;
- q) demais obrigações legal e regulamentarmente cabíveis.

25.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

26. Comunicações

- 26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico, nos canais oficiais disponibilizados pela seguradora, constantes de seu sítio institucional, na apólice e no certificado individual. As comunicações da seguradora são consideradas válidas quando dirigidas ao endereço, físico ou eletrônico que figure na proposta de contratação, proposta de adesão, apólice e/ou certificado individual de seguro.
- 26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes.

27. Foro

- 27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências, questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Do sigilo e da confidencialidade

- 28.1. Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro e porque assim se convencionou, a seguradora, o estipulante, os segurados, corretores, beneficiários e representantes legais obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:
- a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;
 - b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;
 - c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e
 - d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

29. Privacidade e proteção de dados

- 29.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.
- 29.2. Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados, deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

30. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

- 30.1. **Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Seguradora não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro (incluindo a Apólice e Certificados Individuais) será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso, resgate ou devolução de prêmios pagos.**

31. Disposições finais

- 31.1. O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.
- 31.2. Os prazos prescricionais são os determinados em lei.
- 31.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.
- 31.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.
- 31.5. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 31.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 31.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.
- 31.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as legislações e a regulamentação que regulamentam os seguros no Brasil.
- 31.9. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

32. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições gerais e especiais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais.

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

i. incluem-se nesse conceito:

- a. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- d. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

ii. 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 por acidente coberto;
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, 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;
- 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 definido acima.

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.

APARELHO LOCOMOTOR: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por intermédio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGUADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CARDIOPATIA GRAVE: doença cardíaca assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando ocorrer um evento coberto previsto nestas condições gerais e especiais.

COGNIÇÃO: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na

classificação, no reconhecimento, etc.

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de disposições que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONECTIVIDADE COM A VIDA: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

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

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata-se do peso e da altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e os respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: a apólice, o certificado individual e o endosso de seguro.

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

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversão, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOENÇA PROFISSIONAL: doença cuja causa determinante é o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENCAMPAÇÃO: Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

ENDOSSO: documento emitido pela sociedade seguradora por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas

ESTADOS CONEXOS: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais e especiais.

EXCEDENTE TÉCNICO: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

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

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

HÍGIDO: saudável.

INÍCIO DA VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao(s) beneficiário(s) quando ocorrer um evento coberto, respeitados as condições e os limites contratados.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

MIGRAÇÃO: Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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.

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

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa de exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca o fim da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INVASIVO: aqueles que invadem qualquer parte do corpo humano, que atingem órgãos internos.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA: documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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

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

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADO: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade do indivíduo de se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

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

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

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade do segurado de se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

VIGÊNCIA: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condições especiais da cobertura

MORTE (M)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, se o segurado falecer durante o período de vigência do certificado individual de seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos” das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Carência

- 6.1. Em caso de morte por causas naturais, poderá ser estabelecido contratualmente uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência desta cobertura e estará discriminada na apólice, proposta de contratação, proposta de adesão e certificado individual. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data do início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previstos no item 10 das condições gerais.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1 “Cancelamento da apólice” e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.2 destas condições especiais.
- 8.2. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados no item 20.4 das condições gerais são necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
 - b) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
 - e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- 8.3. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.2, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Beneficiários

- 9.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, "Cláusula beneficiária", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

- 10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

MORTE ACIDENTAL (MA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos” das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) acidente vascular cerebral.

b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;

b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;

c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do Certificado Individual de seguro e cessão de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda: com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das Condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica da:
 - a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
 - b) cópia autêntica da certidão de óbito;
 - c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
 - d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
 - e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
 - f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)

i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, “Cláusula beneficiária”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos, e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora indenizará, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% 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
Parcial – diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	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 dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	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 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	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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 porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando o mesmo acidente provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos do item 22, "Junta médica", das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas

consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
- 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições contratuais;

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessa o da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a ficar permanentemente inválido, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indeniza o prevista nesta cobertura.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquida o de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
 - c) cópia da comunica o de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;
 - d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
 - f) cópia da carteira nacional de habilita o (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
 - i) cópia dos 3 (três)  ltimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pr -labore ou outro documento hábil que comprove o s l rio; (quando aplicável)
 - j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Reintegração de cobertura

8.1. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, relativo à perda ou à impotência funcional definitiva total, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro e que resulte em invalidez permanente total do segurado, comprovada mediante declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual 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, a indenização será devida conforme tabela a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% 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

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

O pagamento do capital segurado referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos do item 22, "Junta médica", das condições gerais.

Se depois do pagamento da indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.
 - b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições gerais.

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou invalidez permanente total do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar total e permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.
- 6.2. **O certificado individual de seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total. Caso tenha ocorrido o pagamento de prêmios após a data de cancelamento do seguro, a Seguradora efetuar   a devolução de referidos prêmios pagos após esta data, devidamente atualizados.**

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
 - c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), em caso de acidente de trabalho;
 - d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
 - f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

- h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, no caso em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário; (quando aplicável)
- j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Disposições gerais

- 10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença do segurado, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Para fins desta cobertura, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado.
- 2.3. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
 - a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionado à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - I. cegueira, na qual a acuidade visual seja igual ou menor que 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- II. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- III. casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- IV. ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - I. perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - II. perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - III. perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por instrumento de avaliação de invalidez funcional (IAIF) (conforme modelo a seguir) e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro, a “Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos” avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, deambula livremente; sai à rua 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 para 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

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda de mobilidade ou fala; não realiza atividades do cotidiano; apresenta restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, dispondo de 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 médio 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 os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; realizar atos de higiene e de asseio pessoal; manter as 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 para realizar atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado nesse grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou no 3º graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento, a “Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade”, valora cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbilidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbilidade do caso e ou há índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbilidade do caso.	02
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
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicas ou privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

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 do trabalho, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único e **o segurado será automaticamente excluído da apólice.**

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- 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 ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas nas quais a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da invalidez funcional permanente e total por doença do segurado, indicada na declaração médica.
- 5.3. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será considerada por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados cuja invalidez funcional permanente e total por doença tenha sido caracterizada na vigência da apólice, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nessa cobertura.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por esse motivo;
 - d) declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez funcional permanente e total;

e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.3.1. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

7.3.2. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.

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

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral;

7.5. O certificado individual de seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença. Na eventualidade de haver recolhimento de prêmios após o pagamento da indenização, haverá exclusivamente a devolução dos valores dos prêmios após esta data, devidamente atualizados.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, até o limite de capital contratado para esta cobertura, efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais e aquelas citadas no conceito de acidente pessoal, ambos constantes das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
 - a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - e) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações

crônicas ou degenerativas delas consequentes;

f) luxações recidivas de qualquer articulação;

g) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Franquia

6.1. A Seguradora poderá estabelecer uma franquia, em valor fixo ou percentual do capital segurado da garantia, em moeda nacional (R\$), para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO). Esta franquia poderá ser redutível ou não redutível do valor total indenizável.

6.2. A franquia será informada na Apólice, Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro em valor fixo e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

6.3. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Cessação da cobertura

7.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia aut nticada:

a) declaração da entidade hospitalar constando nome do segurado, data da internação e da alta

médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, do tratamento ou de cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

- b) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- c) notas fiscais originais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
- d) resultado dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, laudos e imagens);
- e) cópia autenticada da comunicação de acidente de trabalho (CAT), caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- f) receita médica;
- g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável);
- h) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário; (quando aplicável);
- i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Beneficiários

- 9.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas médico-hospitalares e odontológica do segurado, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 9.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento desta indenização.

10. Reintegração de Coberturas

- 10.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA (DIT)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA: é o valor correspondente às diárias e definido no certificado individual de seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade física temporária do segurado decorrente de doença ou acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto e comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias, durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto ocorridos no período de vigência do certificado individual de seguro, com diárias limitadas, conforme previsto no contrato do seguro e no certificado individual. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro por evento fixado e no certificado individual de seguro.
- 2.3. Para cálculo do valor da DIT na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e o valor recebido pelo INSS, dividido por 30 (trinta). Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta). Para as apólices com DIT fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.
- 2.4. O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.5. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitada documentação complementar e perícia médica da seguradora.

Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas por evento.

- 2.6. Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, ainda que ocorra outro sinistro, mesmo que referente a causa de afastamento diversa, o segurado não terá direito ao recebimento das diárias correspondentes a esse novo sinistro, de forma acumulativa.
- 2.7. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e quando for o caso após prazo de carência e franquia.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nas especificações e condições da apólice;
 - b) gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;
 - c) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
 - d) hérnia discal, desde que não provocadas por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;
 - e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade, e suas consequências, exceto obesidade mórbida;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) infecções oportunistas e consequentes doenças;
 - h) os distúrbios ou as doenças psiquiátricas ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
 - i) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
 - j) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
 - k) cirurgias para esterilização;
 - l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão

- por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
 - p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas ou sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
 - q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
 - r) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protrusões discais degenerativas;
 - s) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
 - t) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
 - u) laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador ou doença poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do acidente que provocou a incapacidade temporária por acidente pessoal; ou
 - b) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade temporária por doença.

6. Franquia

- 6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias, em no máximo 15 dias, e constará no Contrato, na Proposta de Adesão.
- 6.2. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e

ininterruptos.

7. Carência

7.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Carência, a mesma será definida em período de dias e constará na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

7.2. A Carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

7.3. A Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela Apólice.

7.4. Não haverá carência para os Sinistros decorrentes de acidente.

8. Cessação da cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) quando o segurado tiver alta médica;
- b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
- c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

9. Solicitação de indenização

9.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 9.3 destas condições especiais.

9.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 9.3 a seguir, observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
- c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;

- d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
- e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
- g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- h) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário (quando aplicável). Não serão aceitas declarações do contador;
- i) requerimento de benefício por incapacidade no qual consta a data do último dia de trabalho;
- j) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

9.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) em diárias.

10. Reintegração de cobertura

10.1. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional e desde que não decorrente do mesmo evento.

11. Beneficiários

11.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

12. Disposições gerais

12.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE: é o valor correspondente às diárias e definido no certificado individual de seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade física temporária do segurado decorrente de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE: é o afastamento do segurado de suas atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto e comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias, durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido no período de vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e os demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro por evento fixado no certificado individual de seguro.
- 2.3. O limite de diárias e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.4. Para cálculo do valor da diária por incapacidade temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e o valor recebido pelo INSS, dividido por 30 (trinta). Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).
- 2.5. Para as apólices com diária por incapacidade temporária fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.
- 2.6. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitada documentação complementar e perícia médica da seguradora.
- 2.7. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade máxima de diárias contratadas por evento.

- 2.8. Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, ainda que ocorra outro sinistro, mesmo que referente a causa de afastamento diversa, o segurado não terá direito ao recebimento das diárias correspondentes a esse novo sinistro, de forma acumulativa.
- 2.9. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e, quando for o caso, após prazo de franquia.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) qualquer tipo de doença;
 - b) qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato e certificado individual do seguro;
 - c) gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;
 - d) hérnia discal, desde que não provocada por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;
 - e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade, e suas consequências, exceto obesidade mórbida;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - h) os distúrbios psiquiátricos ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
 - i) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
 - j) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
 - k) cirurgias para esterilização;
 - l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão

- por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
 - p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas ou sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
 - q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
 - r) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
 - s) luxações recidivantes de qualquer articulação;
 - t) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
 - u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
 - v) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
 - w) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal) e protrusões discais degenerativas;
 - x) laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade física temporária por acidente em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a incapacidade física temporária por acidente.

6. Franquia

- 6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias, em no máximo 15 dias, e constará no Contrato, na Proposta de Adesão.
- 6.2. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver a alta médica;
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 8.3 a seguir, observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
 - c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
 - d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
 - e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;

- g) requerimento de benefício por incapacidade no qual consta a data do último dia de trabalho;
- h) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
- i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) em diárias.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio e desde que não decorrente do mesmo evento.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIA SEGURADA: importância a ser paga ao segurado em função do valor contratualmente estabelecido para a garantia de evento coberto, independentemente do valor da diária de internação cobrada pelo hospital/clínica e demais despesas efetuadas pelo segurado.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado, na hipótese da ocorrência de um evento coberto, o pagamento de uma diária segurada para cada dia de internação hospitalar por motivo de doença ou acidente pessoal coberto ocorridos no período de vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro por evento.**
- 2.3. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato de seguro.
- 2.4. O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.5. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas por evento.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - b) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**

- c) tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- d) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e hepatite crônica;
- e) tratamento de infertilidade ou esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;
- f) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de acidente pessoal;
- g) exame ou check-up preventivo;
- h) qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- i) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- j) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- l) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- n) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- o) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de acidente pessoal;
- p) internação domiciliar, mesmo que decorrente de acidente pessoal;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- s) qualquer classe de neoplasia maligna (câncer) sem invasão ou *in situ* (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- t) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e
- u) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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 cirúrgicas, em qualquer tempo.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para a internação hospitalar em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação da diária segurada, a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva.

6. Franquia

- 6.1. Poderá ser estabelecido contratualmente para esta cobertura a aplicação de franquias, a mesma será definida em período de dias, em no máximo 15 dias, e constará no contrato, proposta de contratação, proposta de adesão e certificado.
- 6.2. O período de franquias será contado a partir da data de hospitalização do segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Carência

- 7.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Carência, a mesma será definida em período de dias e constará na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.
- 7.2. A Carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 7.3. A Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela Apólice.
- 7.4. Não haverá carência para os Sinistros decorrentes de acidente.

8. Cessação da cobertura

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o pagamento do total de diárias contratadas por vigência desta cobertura.

9. Solicitação de indenização

- 9.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora,

acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 9.3 destas condições especiais.

- 9.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 9.3 a seguir, observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 9.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) documento assinado pelo médico assistente do segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e o histórico médico que o médico assistente considerar relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
 - b) carteira nacional de habilitação (quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente);
 - c) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico (se o segurado era o condutor na ocasião do acidente);
 - d) Cópia completa do prontuário hospitalar devidamente assinado pelo médico responsável;
 - e) Comprovante da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e o motivo da internação;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial;
 - g) Exames realizados que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - h) Resultado do exame de corpo delito realizado pelo IML (se tiver sido realizado); e
 - i) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (se o acidente ocorreu no local de trabalho).
- 9.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) em diárias.
- 9.5. As diárias serão pagas após a alta médica do segurado e a apresentação dos documentos/informações relacionados no item 9.3. Em caso de internações por período superior a 30 (trinta) dias, caso previsto nas condições contratuais tal período, é possível o pagamento antecipado do benefício a cada 30 (trinta) dias de internação, finalizando o processo após a alta médica.
- 9.5.1. O segurado ou seu representante legal deverá manifestar a intenção do recebimento do benefício antecipado por meio dos documentos/informações relacionados no item 9.3.

10. Reintegração de cobertura

- 10.1. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diárias de internação hospitalar é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio e desde que não decorrente do mesmo evento.

11. Beneficiários

- 11.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

12. Disposições gerais

- 12.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIA SEGURADA: importância a ser paga ao segurado em função do valor contratualmente estabelecido para a garantia de evento coberto, independentemente do valor da diária de internação cobrada pelo hospital/clínica e demais despesas efetuadas pelo segurado.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado, na hipótese da ocorrência de um evento coberto, o pagamento de uma diária segura para cada dia de internação hospitalar por motivo de acidente pessoal coberto ocorrido no período de vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro por evento.**
- 2.3. O limite de diárias e o período de franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.4. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas por evento.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) qualquer tipo de doença;
- b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de acidente pessoal;
- f) exame ou check-up preventivo;
- g) qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m) tratamentos que envolvam homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de acidente pessoal;
- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de acidente pessoal;
- p) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- q) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- r) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e
- s) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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 cirúrgicas, em qualquer tempo.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A cobertura é válida somente para a internação hospitalar por acidente em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação da diária segurada, a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva.

6. Franquia

- 6.1. Poderá ser estabelecido contratualmente para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias, em no máximo 15 dias, e constará na apólice, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado individual.
- 6.2. O período de franquia será contado a partir da data de hospitalização do segurado e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) com o pagamento do total de diárias contratadas por vigência desta cobertura.

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observada a cláusula 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) documento assinado pelo médico assistente do segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e o histórico médico que o médico assistente considerar relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
 - b) carteira nacional de habilitação (quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente);
 - c) resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico (se o segurado era o condutor na ocasião do acidente);

- d) cópia completa do prontuário hospitalar devidamente assinado pelo médico responsável;
- e) comprovante da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e o motivo da internação;
- f) boletim de ocorrência policial ou certidão de ocorrência policial;
- g) exames realizados que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- h) resultado do exame de corpo delito realizado pelo IML (se tiver sido realizado); e
- i) comunicação de acidente de trabalho (CAT) (se o acidente ocorreu no local de trabalho).

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) em diárias.

8.5. As diárias serão pagas após a alta médica do segurado e a apresentação dos documentos/informações relacionados no item 8.3. Em caso de internações por período superior a 30 (trinta) dias, caso previsto nas condições contratuais tal período, é possível o pagamento antecipado do benefício a cada 30 (trinta) dias de internação, finalizando o processo após a alta médica.

8.5.1. O segurado ou seu representante legal deverá manifestar a intenção do recebimento do benefício antecipado por meio dos documentos/informações relacionados no item 8.3.

9. Reintegração de cobertura

9.1. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diárias de internação hospitalar por acidente é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio e desde que não decorrente do mesmo evento.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

QUEBRA DE OSSOS (QO)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de uma das fratura de ossos do segurado por acidente pessoal coberto, constantes no item 3.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro, comprovada mediante declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Definições

- 3.1. Para fins desta cobertura, estão cobertas as fraturas de ossos, conforme definidas abaixo:
 - a) fratura completa: rompimento do osso de uma extremidade até a outra;
 - b) fratura complexa: fratura exposta ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão;
 - c) fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso;
 - d) Fratura de dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento; e
 - e) Fratura múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

4. Tabela de lesões cobertas para fratura óssea

- Vértebra cervical
- Ossos do ouvido (martelo, bigorna e estribo)
- Quadril ou pelve
- Crânio
- Fêmur, calcâneo, úmero, tornozelo, perna, cotovelo, escápula, maxilar, clavícula, antebraços, punho (ossos do carpo), vértebra, torácica ou lombar (cada)
- Osso esterno, patela (rótula)
- Mão (metacarpos, exceto dedos)
- Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), cóccix
- Face ou nariz
- Costelas (cada)
- Dedos da mão e do pé (conforme descrito no item definições)

5. Riscos excluídos

- 5.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado em decorrência de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;
 - b) osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).

6. Âmbito territorial da cobertura

- 6.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

7. Capital segurado

- 7.1. O capital segurado desta cobertura será o definido na apólice e certificado individual de seguro.
- 7.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a fratura de ossos.

8. Cessação da cobertura

- 8.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

9. Solicita o de indeniza o

- 9.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 9.3 destas condições especiais.
- 9.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 9.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 9.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquida o de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
 - c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a quebra de ossos.

Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X,

os quais serão posteriormente devolvidos;

- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- e) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- f) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

9.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

10. Reintegração de cobertura

10.1. Na ocorrência de um sinistro coberto, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento ou na próxima vigência conforme condições contratuais.

11. Beneficiários

11.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

12. Disposições gerais

12.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

COBERTURA CIRÚRGICA (CC)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

CIRURGIA: procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local, e que, para efeito deste plano de seguro, imponha permanência no hospital superior a 48 horas após realização do procedimento cirúrgico.

HOSPITALIZAÇÃO ou INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INVASIVO: aqueles que invadem qualquer parte do corpo humano, não caracterizando para efeitos de cobertura quaisquer riscos listados no item 3, "Riscos excluídos".

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o pagamento de uma indenização, se realizado procedimento cirúrgico invasivo coberto, em consequência de acidente pessoal ou doença. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.1.1. Estão cobertas as cirurgias estritamente necessárias, em consequência de acidente pessoal ou doença, que tenham ocorrido durante a vigência do seguro e após o período de carência, se houver, devendo ser determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores nos eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) cirurgia a laser;
- c) cirurgia dental;
- d) cirurgia plástica estética;
- e) cirurgia plástica reparadora em lesões existentes anteriormente à contratação do seguro;

- f) cirurgias que não requerem procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, não exija permanência no hospital superior a 48 horas após realização do procedimento;
- g) cirurgias vinculadas à maternidade, aborto ou partos normal ou cesárea;
- h) diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- i) doação de órgãos ou tecidos;
- j) doenças agravadas por traumatismos;
- k) eventos causados pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- l) eventos causados pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m) procedimentos relativos à obesidade mórbida, mudança de sexo, doenças congênitas, esterilização, procedimentos cirúrgicos relativos à impotência sexual e procedimentos cirúrgicos decorrentes de acidente de trabalho;
- n) procedimentos vinculados à fertilização assistida ou tratamento de fertilização;
- o) procedimentos vinculados ao tratamento de diálise e insuficiência renal;
- p) procedimentos diagnósticos como biópsia;
- q) cirurgias e tratamentos médicos para correção de miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia e catarata;
- r) tratamento ambulatorial que não exija internação por pelo menos 48 horas e o uso de sala de cirurgia;
- s) qualquer transplante realizado como doador;
- t) cirurgia para coleta de órgãos e tecidos;
- u) cirurgia fetal de todas as formas;
- v) cirurgias relacionadas ao nariz e/ou seios paranasais, exceto aquelas resultantes de um acidente coberto pela apólice;
- w) transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas);
- x) transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data da realização da cirurgia coberta.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecido contratualmente uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias e estará discriminada na apólice, proposta de contratação, proposta de adesão e certificado individual, contados do início de vigência desta cobertura. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data do início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previstos no item 10 das condições gerais.
- 6.2. Não haverá carência para os Sinistros decorrentes de acidente.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a necessidade de cirurgia. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. **O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será automaticamente reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.**

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DCF)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de diagnóstico de doença congênita até os 6 (seis) primeiros meses de vida do filho do segurado, desde que nascidos após o início de vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.**

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

Parágrafo único. Não será devida indenização em caso de natimortos.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença congênita por médico que esteja assistindo ao filho do segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida por verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 5.3. **Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.**

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura” das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, **obrigatoriamente, após 6 (seis) meses de vida do filho do segurado;**

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do filho do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a doença congênita. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.
- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o segurado.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Disposições gerais

- 10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

AUXÍLIO CESTA BÁSICA (ACB)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura a título de auxílio cesta básica, se o segurado falecer, durante o período de vigência do certificado individual de seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condi es gerais e no item 7.3 destas condi es especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condi es gerais e demais

disposições do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
- b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, “Cláusula beneficiária”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

AUXÍLIO FINANCEIRO IMEDIATO (AFI)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura a título de assistência financeira, se o segurado falecer durante o período de vigência do certificado individual de seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais

disposições do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
- b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, “Cláusula beneficiária”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

RESCISÃO TRABALHISTA (RT)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao estipulante o reembolso das despesas com acerto rescisório devidamente comprovado, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, se o segurado falecer, durante o período de vigência do certificado individual de seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
 - a) quaisquer tipos de multas, juros ou encargos devidos pelo atraso no pagamento das verbas rescisórias devidas pelo estipulante;
 - b) quaisquer tipos de custas judiciais, mesmo que relacionadas à propositura de ação de consignação em pagamento;
 - c) quaisquer pagamentos efetuados em juízo ou extrajudicialmente, pelo estipulante, a herdeiros do segurado que questionem o pagamento das verbas rescisórias já efetuado administrativamente.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o reembolso das despesas com acerto rescisório no território brasileiro, porém a morte do segurado poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - b) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
 - c) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário; (quando aplicável)
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
 - e) para esta cobertura será necessária apresentação dos comprovantes das despesas ocorridas com a rescisão do contrato de trabalho:
 - I. termo de rescisão de contrato de trabalho (TRCT); e
 - II. carteira de trabalho e previdência social (CTPS), com as anotações atualizadas.

- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será o estipulante deste seguro.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF) REEMBOLSO

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além da definição a seguir inserida:

SOLICITANTE: pessoa física que receberá o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, limitado ao capital segurado desta cobertura, mediante a comprovação das despesas.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente, garantem o reembolso das despesas com o funeral do segurado, limitado ao capital segurado contratado, em caso de morte por qualquer causa, exceto se decorrente de “Riscos excluídos”, respeitando-se os demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice.
- 2.2. Esta cobertura garante exclusivamente o reembolso de despesas e, quando devidamente comprovado, não havendo qualquer pagamento em espécie.
- 2.3. Poderão ser reembolsáveis os seguintes gastos, mediante comprovante de pagamento:
- a) sepultamento ou cremação;
 - b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
 - c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
 - d) urna para o sepultamento;
 - e) coroa de flores;
 - f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
 - g) ornamentação de urna;
 - h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
 - i) mesa de condolências;
 - j) registro de óbito;
 - k) carro funerário;
 - l) veículo de aluguel com motorista;

m) assessoria para formalidades administrativas.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

- a) despesas não descritas no item 2.3;
- b) viagens em aviões que não em linha comercial;
- c) morte resultante direta ou indiretamente de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;
- d) desaparecimento do segurado, em acidente ou qualquer outra situação, independentemente da natureza;
- e) sepultamento de membros, apenas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para reembolso das despesas com o funeral, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura” das condições gerais do seguro.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. O reembolso das despesas com o funeral será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 7.1.1, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.1.1. Para o reembolso das despesas com o funeral, deverão ser entregues e encaminhados os documentos da pessoa falecida relacionados a seguir   seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:

- a) certidão de óbito;
- b) documento de identidade e CPF do solicitante;
- c) certidão de nascimento do segurado e do solicitante, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
- d) comprovante de residência do segurado e do solicitante, não podendo ser anterior a 3 (três) meses da

solicitação;

e) formulário de solicitação de reembolso, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo solicitante;

f) Notas fiscais das despesas com o funeral (originais).

7.1.2. Os documentos adicionais listados a seguir poderão ser solicitados para atendimento de norma regulatória:

a) comprovante de telefone e DDD do solicitante;

b) comprovante de profissão do solicitante;

c) comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do solicitante.

7.2. O reembolso será pago ao solicitante que possua os comprovantes originais de pagamento, de forma única e integral. Caso haja mais de um solicitante que tenha efetuado pagamentos e que possua os comprovantes originais de pagamento, o reembolso de cada pagamento poderá ser solicitado apenas pela pessoa que efetivamente efetuou o pagamento. Em ambos os casos, deve-se apresentar todos os documentos que comprovem o pagamento em conjunto com o “Formulário de solicitação de reembolso”.

7.2.1. Não serão aceitos documentos apresentados após a apresentação do “Formulário de solicitação de reembolso”.

7.3. O reembolso das despesas efetuadas no exterior com o funeral será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, descontando do valor do reembolso, os custos com contrato de câmbio.

7.3.1. Deve ser observado o constante da cláusula 30 - Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais.

8. Beneficiários

8.1. **Para efeito deste seguro, o beneficiário será o responsável pelo desembolso das despesas realizadas com o funeral, mediante a apresentação das notas fiscais originais.**

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além das definições a seguir inseridas.

SOLICITANTE: pessoa física que receberá o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, limitado ao capital segurado desta cobertura, mediante a comprovação das despesas. No caso de utilização da prestação dos serviços de Assistência Funeral, o solicitante será a pessoa física que entrar em contato telefônico com a prestadora de serviços, acionando-a.

PRESTADORA DE SERVIÇOS: empresa especializada em assistência que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, acionável pelo telefone de discagem direta gratuita.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem a prestação de serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas com o funeral, conforme opção contratada, limitado ao capital segurado contratado, em caso de morte por qualquer causa, exceto se decorrente de "Riscos excluídos", respeitando-se os demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice.

2.1.1. No momento da contratação do seguro, será realizada a opção pelo auxílio funeral, dentre os considerados a seguir, para os quais será calculado o respectivo prêmio.

Auxílio Funeral Individual: serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do segurado.

Auxílio Funeral Familiar I: serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do segurado e seu companheiro/cônjuge.

Auxílio Funeral Familiar II: serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do segurado, seu companheiro/cônjuge e seus filhos.

Auxílio Funeral Familiar III: serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do segurado, seu companheiro/cônjuge, seus filhos e/ou seus pais.

É equiparado ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado se, ao tempo do contrato, o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

São equiparados aos filhos os menores dependentes do segurado e os enteados do segurado, desde que devidamente comprovada a filiação do cônjuge ou companheiro do segurado. Esta cobertura, mesmo nas opções familiares, encerra-se com a prestação do serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do segurado.

- 2.1.2. **Caso seja utilizada a prestação dos serviços de assistência funeral, não haverá reembolso das despesas.**
- 2.1.3. A utilização da prestação de serviços de assistência funeral deverá ser feita mediante comunicação à central de assistência 24 horas da prestadora de serviços.
- 2.1.4. **A prestação de serviços de assistência funeral não será possível em localidades onde a legislação ou as normas não permitirem que a prestadora de serviços intervenha.**
- 2.1.5. No caso de reembolso, deverá ser observada a relação de despesas reembolsáveis disponíveis no item 2.2 até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura.
- 2.1.6. A prestação dos serviços de assistência funeral pela prestadora de serviços está disponível para os segurados e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos e/ou pais e sogros, conforme opções descritas no item 2.1.1, com domicílio no Brasil. A opção de reembolso de despesas ao solicitante está disponível tanto para os segurados e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos e/ou pais com domicílio no Brasil quanto no exterior. A prestação de serviço ou reembolso deverá ainda considerar as disposições constantes no item 4, "Âmbito territorial da cobertura", destas condições especiais.

2.2. Serviços de assistência funeral prestados pela prestadora de serviços ou reembolsáveis:

a) Formalidades administrativas

Após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou hospital, será disponibilizado, pela prestadora de serviços, um representante ao domicílio do segurado, ou de seu cônjuge, ou de seu filho, ou de seus pais, quando previsto na cobertura, ou ao hospital no qual tenha ocorrido o óbito para coletar todos os documentos necessários às tratativas do sepultamento ou cremação com a funerária credenciada, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou hospital é uma responsabilidade de um representante legal do segurado, de seu cônjuge, ou de seu filho ou dos seus pais, a depender da cobertura contratada.

b) Registro em cartório

A prestadora de serviços responsabiliza-se por providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

c) Taxa de exumação

Jazigo próprio

Caso a família já tenha jazigo próprio, a prestadora de serviços pagará a taxa de exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas.

Locação de jazigo

Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da taxa de exumação.

d) Taxa de sepultamento/cremação

A prestadora de serviços responsabiliza-se por providenciar bem como custear a taxa de sepultamento/cremação. Os valores a serem pagos a título de taxa de sepultamento/cremação serão designados pelo local onde ocorrerá o sepultamento ou cremação.

e) Carro fúnebre

A prestadora de serviços fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

f) Locação de sala para velório

A prestadora de serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

g) Funeral composto por:

livro de presença com arranjo de flores; urna, ornamentação; leque de flores; manta mortuária; coroas de flores; jogo de paramentos; véu e velas.

h) Traslado do corpo

A prestadora de serviços encarregar-se-á das formalidades para liberação do corpo e das cinzas, bem como do traslado do corpo até o local de sepultamento/cremação definido pelos familiares.

O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da prestadora de serviços, podendo ser aéreo ou terrestre. A passagem aérea somente será considerada se o corpo se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do local de sepultamento/cremação ou se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas aplicáveis.

i) Repatriação do corpo

Em caso de falecimento do segurado ou familiares durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento do corpo, até o município de domicílio do cliente.

O meio de transporte a ser utilizado para a repatriação do corpo será de livre escolha da assistência funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de domicílio, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o corpo do segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de domicílio, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

j) Locação de jazigo

Caso a família não possua um jazigo, a prestadora de serviços responsabiliza-se pela locação de

sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. No trâmite de locação do jazigo, o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação e, sendo do interesse dos familiares acompanharem a exumação dos restos mortais, estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a prestadora de serviços não se responsabiliza pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério e dos familiares.

k) Preparação do corpo

A prestadora de serviços providenciará a preparação do corpo com higienização. Nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

l) Placa com nome na lápide

A prestadora de serviços disponibilizará a placa com nome na lápide.

m) Necromaquiagem

A prestadora de serviços disponibilizará o serviço de necromaquiagem na cidade onde ocorrer o funeral, desde que esta tenha mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Para as cidades com população inferior a 200.000 (duzentos mil) habitantes, não será garantida a disponibilidade deste serviço. No entanto, o solicitante será instruído pela prestadora de serviços sobre como proceder.

n) Comunicado em jornal

Se solicitado, a prestadora de serviços providenciará um anúncio em obituário de jornal. Será dada prioridade a anúncio gratuito em jornal regional. Não havendo a disponibilidade de anúncio gratuito em jornal regional, a prestadora de serviços providenciará um anúncio pago, em jornal a ser definido por critérios da própria prestadora de serviços.

o) Passagem e hospedagem para um membro da família para liberação do corpo

Na ausência de um membro da família para acompanhar ou liberar o corpo na cidade de falecimento, a prestadora de serviços fornecerá um meio de transporte e uma diária de hospedagem para um membro da família.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da prestadora de serviços, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme menor horário de chegada ao local, restando certo que passagem aérea somente será considerada se o corpo do segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do familiar designado a acompanhar o corpo ou se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

A hospedagem fornecida pela prestadora de serviços para um membro da família está limitada a uma diária no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais).

p) Transmissão de mensagens urgentes

Transmissão de mensagens urgentes sobre o óbito para a família do falecido pela central de assistência.

q) Sepultamento/cremação

O solicitante deverá indicar, no momento da solicitação dos serviços, se optará pelo serviço de sepultamento ou cremação.

q.1) Sepultamento

Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou particular. Caso a família não possua um jazigo, a prestadora de serviços responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos, conforme descrito no item j destas condições especiais.

q.2) Cremação

Caso opte pela cremação, o serviço será realizado de acordo com a legislação vigente, desde que se cumpram as orientações a seguir descritas:

q.2.1) atestado de óbito assinado por 2 (dois) médicos;

q.2.2.) em caso de morte violenta, são necessários:

q.2.2.1) atestado assinado por médico-legista;

q.2.2.2) autorização judicial;

q.2.2.3) laudo do Instituto Médico Legal;

q.2.2.4) boletim de ocorrência;

q.2.2.5) declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

q.2.3) a autorização de cremação deverá ser concedida pelo parente mais próximo, não podendo ser autorizada por parentes de 2º grau;

q.2.4) a obtenção dos documentos solicitados para cremação é de responsabilidade da família do falecido; no entanto, o solicitante será instruído pela prestadora de serviços como proceder;

q.2.5) o procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município de domicílio da pessoa falecida ou na cidade onde ocorreu o óbito.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

a) despesas não descritas no item 2.2.;

b) viagens em aviões que não em linha comercial;

c) morte resultante direta ou indiretamente de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;

- d) desaparecimento do segurado, ou do seu cônjuge, ou dos seus filhos ou de seus pais, conforme cobertura contratada, em acidente ou qualquer outra situação, independentemente da sua natureza, ou ainda, ausência do segurado, ou do seu cônjuge, ou dos seus filhos, ou dos seus pais, conforme cobertura contratada, em situações em que a prestadora de serviços não realizará buscas, provas, formalidades legais e burocráticas ou qualquer outro serviço;
- e) despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;
- f) sepultamento de membros, apenas;
- g) aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova carneiro;
- h) solicitações de serviços para prestadora de serviços que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo solicitante;

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. O serviço de assistência funeral pela prestadora de serviços será prestado exclusivamente no Brasil. Na hipótese de óbito no exterior e sepultamento ou cremação no Brasil, a prestadora de serviços providenciará o traslado do corpo nos termos destas condições especiais.

4.1.1. Caso o óbito ocorra no exterior e o sepultamento ou cremação também ocorra no exterior, haverá reembolso do valor das despesas com o funeral, em moeda corrente nacional, respeitado o limite do capital segurado contratado para esta cobertura e as situações previstas no item 4, "Riscos excluídos", destas condições especiais.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para reembolso das despesas com o funeral, a data da morte do segurado, ou do seu cônjuge, ou dos seus filhos, ou dos seus pais, conforme cobertura contratada.

6. Carência

- 6.1. Em caso de morte por causas naturais, poderá ser estabelecido contratualmente uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência desta cobertura. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data do início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previstos no item 10 das condições gerais.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura" das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

- a) com a prestação do serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas do funeral do segurado.

b) para os filhos, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, quando contratada a cobertura.

8. Solicitação de indenização

8.1. Em caso de falecimento do segurado, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, ou dos pais, conforme cobertura contratada, a prestadora de serviços deverá ser contatada imediatamente por meio de sua central de atendimento 24 horas.

8.1.1. Caso o falecimento seja do cônjuge, dos filhos ou equiparados ou dos pais, serão solicitadas as documentações a seguir no ato do atendimento pela prestadora de serviços.

- a) **Filhos:** certidão de nascimento com o nome dos pais, ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.
- b) **Cônjuge:** certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório.
- c) **Enteados ou menores dependentes do segurado:** certidão de casamento ou união estável do segurado com cônjuge ou companheiro e certidão de nascimento ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.
- d) **Pais:** certidão de nascimento do segurado com o nome dos pais, ou documento de identidade oficial que comprove os pais do segurado.

8.1.2. Ocorrendo o falecimento do cônjuge ou companheiro, caso não seja possível a entrega da certidão de casamento ou a declaração de união estável registrada em cartório, por qualquer motivo, deverão ser entregues 3 (três) dos 5 (cinco) documentos listados a seguir.

- a) declaração de imposto de renda, juntamente com o recibo de entrega, que identifique o cônjuge ou companheiro como dependente do segurado;
- b) comprovante de conta conjunta do cônjuge ou companheiro e segurado;
- c) se tiverem filhos, certidão de nascimento dos filhos com nome dos pais, na qual conste filiação com o segurado;
- d) comprovante de residência com o nome do cônjuge ou companheiro do segurado;
- e) fatura do cartão de crédito que demonstre cartão adicional em nome do cônjuge ou companheiro.

8.2. O reembolso das despesas com o funeral será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 8.2.1, observada o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

8.2.1. No caso de não utilização dos serviços de assistência funeral oferecidos pela prestadora de serviços e para o reembolso das despesas com o funeral, deverão ser entregues e encaminhados os documentos da pessoa falecida relacionados a seguir à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) certidão de óbito;
- b) documento de identidade e CPF do solicitante;
- c) certidão de nascimento do segurado e do solicitante, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
- d) comprovante de residência do segurado e do solicitante, não podendo ser anterior a 3 (três) meses da solicitação;

e) formulário de solicitação de reembolso, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo solicitante;

f) Notas fiscais das despesas com o funeral (originais).

8.2.2. Os documentos adicionais listados a seguir poderão ser solicitados para atendimento de norma regulatória:

a) comprovante de telefone e DDD do solicitante;

b) comprovante de profissão do solicitante;

c) comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do solicitante.

8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e obtenção dos documentos necessários correrão por conta do solicitante, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

8.4. O reembolso será pago a um único solicitante de forma única e integral, devendo todos os documentos ser apresentados com o formulário de solicitação de reembolso.

8.4.1. Não serão aceitos documentos apresentados após a apresentação do formulário de solicitação de reembolso.

8.5. O reembolso das despesas efetuadas no exterior com o funeral será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, descontando do valor do reembolso, os custos com contrato de câmbio.

8.5.1. Deve ser observado o constante da cláusula 30 - Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com funeral, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INDENIZAÇÃO ESPECIAL PARA FILHOS (IEF)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de morte do segurado titular (independentemente da causa), dividido entre seus filhos e/ou enteados, considerados dependentes nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou previdência social. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condi es gerais e no item 7.3 destas condi es especiais. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de

sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

- 7.2. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito do segurado titular;
 - b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado titular;
 - c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
 - d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada do segurado titular; (quando aplicável)
 - e) documentos que comprovem a dependência dos filhos ou enteados, nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social.
- 7.3. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro os beneficiários serão os filhos e/ou enteados do segurado titular, considerados dependentes, nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

DOENÇAS GRAVES (DG)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, são consideradas doenças graves:
- a) **CÂNCER:** designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano;
 - b) **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:** advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;
 - c) **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:** distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses de sua data de ocorrência. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica-neurológica e exames por imagem;
 - d) **FALÊNCIA RENAL ou INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA:** doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo à diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares;
 - e) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL:** recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora;
 - f) **PERDA DE 80% OU MAIS DE VISÃO BILATERALMENTE;**
 - g) **DOENÇA DE ALZHEIMER:** caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras – como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro –, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares);
 - h) **ESCLEROSE MÚLTIPLA:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários;
 - i) **DOENÇA DE PARKINSON:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de uma das doenças definidas no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do

certificado individual de seguro.

- 2.2. O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de alguma das doenças definidas anteriormente, ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

3.1.1. Alzheimer: eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de outros tipos de demência e/ou relacionados a elas.

3.1.2. Acidente vascular cerebral:

- a) ataques isquêmicos transitórios;
- b) qualquer outra alteração neurológica, exceto paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) hemorragia cerebral causada por acidente;
- e) hemorragia cerebral causada por tumores;
- f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- h) sintomas neurológicos causados por enxaquecas;
- i) não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice.

3.1.3. Câncer:

- a) todos os cânceres não invasivos (in situ);
- b) todos os tipos de câncer de pele, exceto melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III);
- c) tumor benigno;
- d) câncer existente antes do início de vigência do seguro;
- e) doença de Hodgkin na fase I;
- f) qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana;
- g) carcinoma micropapilar da bexiga; e
- h) leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
- h) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

3.1.4. Esclerose múltipla: doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

3.1.5. Infarto agudo do miocárdio:

- a) angina do peito, incluindo angina estável e instável;
- b) angina de decúbito;
- c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG e sem elevação da troponina "I" ou "T"; e
- d) outras síndromes coronarianas agudas.

- 3.1.6. Insuficiência renal crônica terminal: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**
- 3.1.7. Parkinson: eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta dos itens a seguir e/ou a eles relacionados:**
- a) doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
 - b) doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à doença de Parkinson;
 - c) doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
 - d) doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
 - e) decorrentes do uso de álcool e/ou drogas.
- 3.1.8. Perda de visão:**
- a) Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.
- 3.1.9. Transplante de órgãos:**
- a) colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda o de um doador humano;
 - b) transplantes com órgão de animais, não humanos;
 - c) autotransplantes (medula, mãos etc.);
 - d) transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados;
 - e) transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas);
 - f) transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico médico definitivo constatado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período máximo de 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.

- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. **Para cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais.**
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de doenças graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração**
- 7.3. **do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento

Coberto.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CÂNCER

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

CÂNCER: designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de câncer, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de câncer ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) todos os cânceres não invasivos (*in situ*);
 - b) todos os tipos câncer de pele, exceto melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III);
 - c) tumor benigno;
 - d) câncer existente antes do início de vigência do seguro;
 - e) doença de Hodgkin na fase I;
 - f) qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana;
 - g) carcinoma micropapilar da bexiga;
 - h) leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
 - g) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado

individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período máximo de 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. À cobertura aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) angina do peito, incluindo angina estável e instável;
 - b) angina de decúbito;
 - c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG e sem elevação da troponina "I" ou "T"; e
 - d) outras síndromes coronarianas agudas.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período máximo de 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. **O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.**

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU DERRAME: distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data da ocorrência. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica-neurológica e exames por imagem.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de acidente vascular cerebral, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado Individual de seguro.
- 2.2. O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de acidente vascular cerebral ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) ataques isquêmicos transitórios;
 - b) qualquer outra alteração neurológica, exceto paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
 - c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
 - d) hemorragia cerebral causada por acidente;
 - e) hemorragia cerebral causada por tumores;
 - f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
 - g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
 - h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas;
 - i) não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. À cobertura aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **Com o pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

INSUFICIÊNCIA RENAL

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

- a) **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA:** doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo a diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de insuficiência renal crônica, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de insuficiência renal, ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) **Insuficiência renal crônica terminal: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para a cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL: recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora. **Para os efeitos desta cobertura, o diagnóstico, a recomendação e a cirurgia do transplante do órgão vital deverão ser realizados em data posterior ao início da vigência do certificado individual de seguro e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro.**

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico e a recomendação para o transplante de órgão vital, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico e a recomendação para o transplante de órgão vital ocorridos durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda o de um doador humano.
 - b) transplantes com órgão de animais, não humanos.
 - c) autotransplantes (medula, mãos etc.).
 - d) transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
 - e) transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
 - f) transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para a cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na

impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CEGUEIRA – 80% OU MAIS

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

CEGUEIRA: perda de 80% ou mais de visão bilateralmente.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de cegueira, ocorrida durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de cegueira ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
 - a) doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

ALZHEIMER

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

ALZHEIMER: doença caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras, tais como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares).

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de Alzheimer, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de Alzheimer ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas por eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de outros tipos de demência e/ou relacionados a elas e doença na fase inicial não qual não existe comprometimento cognitivo (*Clinical Dementia Rating* <1).

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia aut nticaada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

- 9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

- 11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

ESCLEREOS MÚLTIPLA: doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de esclerose múltipla, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de esclerose múltipla ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas: doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia aut nticaada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internac  es hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

PARKINSON

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

- a) **PARKINSON:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de Parkinson, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de Parkinson ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

3.1.1. eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta dos itens a seguir e/ou a eles relacionados:

- a) doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- b) doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à doença de Parkinson;
- c) doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- d) doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
- e) doença de Parkinson decorrentes do uso de álcool e/ou drogas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser

encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;

c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CIRURGIA DE ENXERTO DE BYPASS DA ARTÉRIA CORONÁRIA

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

CIRURGIA DE EXERTO DE BYPASS DA ARTÉRIA CORONÁRIA: realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (*bypass*). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia), excluída a angioplastia coronariana ou implante de *stent*.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico e a recomendação de cirurgia de enxerto de *bypass* da artéria coronária, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico e a recomendação de cirurgia de enxerto de *bypass* da artéria coronária ocorridos durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) cirurgia tipo *key-hole* (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos);
- b) quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas;
- c) angioplastia coronariana ou implante de *stent*.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado

individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro

clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.5. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

PARALISIA DE MEMBROS

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

PARALISIA DE MEMBROS: perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico. Exclui-se a **paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré, bem como, qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.**

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de paralisia de membros, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de paralisia de membros ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além dos riscos excluídos dos eventos decorrentes das causas descritas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, exclui-se também a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré, bem como, qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por

profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. À cobertura aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia aut nticaada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CIRURGIA CARDÍACA VALVULAR

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

CIRURGIA CARDÍACA VALVULAR: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI), excluída a **clipagem da valva mitral transcater**.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico e a recomendação de cirurgia cardíaca valvular, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico e a recomendação de cirurgia cardíaca valvular ocorridos durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da apólice;
 - b) clipagem da valva mitral transcater.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CIRURGIA DA AORTA

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

CIRURGIA DA AORTA: realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e a substituição do segmento afetado por prótese.

Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações. A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico especialista.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico e a recomendação de cirurgia da aorta, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico e a recomendação de cirurgia da aorta ocorridos durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) quando não for realizado procedimento cirúrgico para implante de prótese ou clipagem de aneurisma na aorta, procedimentos em ramos da artéria aorta, bem como as cirurgias de aorta decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser

encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;

c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

SURDEZ

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

SURDEZ: perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por acidente pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames de audiologia específicos (audiograma, audiometria de tronco cerebral [BERA, na sigla em inglês], emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir: limiares auditivos sensorio-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de surdez, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de surdez ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos dos eventos decorrentes das causas descritas no item 4, “Riscos excluídos” das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, exclui-se da cobertura a surdez de origem central (sistema nervoso central).

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na

ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.2. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internac  es hospitalares;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Para fins desta cobertura, é considerada a doença abaixo:

QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU: 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.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de queimaduras de terceiro grau, conforme definido no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, o diagnóstico de queimaduras de terceiro grau ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item 4, “Riscos excluídos” das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
- a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Carência

- 6.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes.
- 6.2. Poderá ser estabelecida contratualmente para esta cobertura a aplicação de carência, a qual será definida em período de no máximo 90 dias e constará no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado.
- 6.3. A carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução, caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.4. A carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice.
- 6.5. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internac  es hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

9. Reintegração de cobertura

9.1. Na ocorrência de um sinistro coberto, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento ou na próxima vigência conforme condições contratuais.

10. Beneficiários

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

11. Disposições gerais

11.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

FILHOS PÓSTUMOS (FP)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. **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.
- 1.2. **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.
- 1.3. **Responsáveis Legais:** Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 1.4. **Período Gestacional:** período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio adicional, garante ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.
- 2.2. 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.
- 2.3. 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.
- 2.4. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
- 3.2. **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. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. No caso de morte ou morte acidental: todo o globo terrestre.

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 da ocorrência do óbito do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 20.4 das condições gerais e no item 7.1 destas condições especiais, além dos documentos para a cobertura de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
 - b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
 - c) Cópia autêntica da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
 - d) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.
- 7.2. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o responsável legal pelo beb  nascido com vida, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cobertura

CLÁUSULA DE ADAPTAÇÃO DE RESIDÊNCIA E/OU VEÍCULO (ADPT)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. **Alteração de Casa:** todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o mesmo diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.
- 1.2. **Modificação de veículo:** todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro (em nome do titular, cônjuge ou companheiro (a) que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.
- 1.3. **Residência Habitual:** residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.
- 1.4. **Veículo Particular:** veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

2. Cobertura

- 2.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o **segurado titular** do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, **em virtude de lesão física, causada por invalidez total ou parcial devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e Especiais e as demais Disposições Contratuais.**
- 2.2. **As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.**

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
- 3.2. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro;
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
- o) 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
- p) aquisição de veículos já adaptados, exceto se for comprovado através de nota fiscal os serviços efetuados após data do evento.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

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 da

ocorrência do acidente do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a ficar permanentemente inválido, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- 7.2. formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- 7.3. formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- 7.4. cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- 7.5. cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- 7.6. cópia dos 3 (três)  ltimos comprovantes de s l rio quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- 7.7. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- 7.8. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- 7.9. Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- 7.10. cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- 7.11. cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- 7.12. Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- 7.13. Certidão de propriedade do veículo;
- 7.14. Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- 7.15. Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

8. Reintegração do Capital Segurado

- 8.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional, exceto se decorrente do mesmo evento já indenizado anteriormente dentro da vigência do seguro.

9. Beneficiários

- 9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade

de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

- 10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cláusula suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cláusula suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento de indenização, no caso de morte, morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, desde que contratadas, do cônjuge do segurado titular, ocorridas durante ou decorrentes de eventos ocorridos durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Serão incluídos automaticamente, para as coberturas contratadas, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro, sendo o capital segurado fixado em percentual não excedente a 100% do capital da respectiva cobertura do segurado principal.
- 2.3. Equiparam-se a cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.
- 2.4. As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta cláusula suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.
- 2.5. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
- 3.2. **Além dos riscos excluídos acima, deverão ser observados os riscos excluídos das respectivas coberturas contratadas para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez total ou parcial por acidente.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. No caso de morte ou morte acidental: todo o globo terrestre.
- 4.2. No caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. Os capitais segurados serão estabelecidos contratualmente e constarão no certificado individual de seguro. Serão estabelecidos capitais segurados para cada garantia contratada para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- 5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação dos capitais segurados:
 - a) a data do óbito no caso de morte do cônjuge; ou
 - b) a data do acidente no caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge ou morte acidental do cônjuge.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**
- 6.2. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
 - a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice" e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessaa  o de cobertura".
 - b) no caso de exclusão do segurado titular da apólice;
 - c) no caso de morte do segurado titular;
 - d) por solicitação do segurado titular;
 - e) por solicitação do estipulante, por escrito;
 - f) no caso de cancelamento da cláusula suplementar de inclusão de cônjuge.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.2. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, deverão ser observados os documentos necessários para análise e liquidação de sinistros solicitados nas respectivas coberturas contratadas para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez total ou parcial por acidente.
- 7.3. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o segurado titular, nos casos de Morte ou Morte Acidental do cônjuge, e o próprio cônjuge do segurado titular no caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do cônjuge, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado titular ou do cônjuge do segurado titular, conforme o caso, antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cláusula suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cláusula suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento de indenização, no caso de morte ou morte acidental, desde que contratadas, de filhos do segurado titular, ocorridas durante ou decorrentes de eventos ocorridos durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Serão incluídos automaticamente, para as coberturas contratadas, os filhos dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro, sendo o capital segurado fixado em percentual não excedente a 100% do capital da respectiva cobertura do segurado principal.
- 2.3. Serão também considerados como filhos, para efeito desta cobertura, os enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular e comprovado na forma da lei.
- 2.4. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.
- 2.5. Esta cláusula suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular enquadrados como segurados dependentes na definição desta cláusula suplementar.
- 2.6. **Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.**

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
- 3.2. **Além dos riscos excluídos acima, deverão ser observados os riscos excluídos das respectivas coberturas contratadas para os filhos: morte ou morte acidental.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. Os capitais segurados serão estabelecidos contratualmente e constarão no certificado individual de seguro. Serão estabelecidos capitais segurados para cada garantia contratada para os filhos: morte e/ou morte acidental.
- 5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação dos capitais segurados:
- a) a data do óbito no caso de morte do filho; ou
 - b) a data do acidente no caso de morte acidental do filho.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.
- 6.2. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
- a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.
 - b) no caso de exclusão do segurado titular da apólice;
 - c) no caso de morte do segurado titular;
 - d) no caso de cessação da condição de dependente do segurado titular previsto na forma da lei;
 - e) por solicitação do segurado titular;
 - f) por solicitação do estipulante, por escrito;
 - g) no caso de cancelamento da cláusula suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, deverão ser observados os documentos necessários para análise e liquidação de sinistros solicitados nas respectivas coberturas contratadas para os filhos: Morte e/ou Morte Acidental.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular. Na eventualidade de falecimento do segurado titular antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições especiais da cláusula suplementar

INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE (IFC)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cláusula suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento de indenização, no caso de morte, morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, desde que contratadas, do cônjuge do segurado titular, ocorridas durante ou decorrentes de eventos ocorridos durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Serão incluídos facultativamente, para as coberturas contratadas, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro, sendo o capital segurado fixado em percentual não excedente a 100% do capital da respectiva cobertura do segurado principal.
- 2.3. Equiparam-se a cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.
- 2.4. As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta cláusula suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.
- 2.5. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
- 3.2. **Além dos riscos excluídos acima, deverão ser observados os riscos excluídos das respectivas coberturas contratadas para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez total ou parcial por acidente.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. No caso de morte ou morte acidental: todo o globo terrestre.
- 4.2. No caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. Os capitais segurados serão estabelecidos contratualmente e constarão no certificado individual de seguro. Serão estabelecidos capitais segurados para cada garantia contratada para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- 5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação dos capitais segurados:
 - a) a data do óbito no caso de morte do cônjuge; ou
 - b) a data do acidente no caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge ou morte acidental do cônjuge.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. **O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura significa o cancelamento imediato da cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**
- 6.2. **A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:**
 - a) **quando ocorrer qualquer das situações previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice” e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura”.**
 - b) **no caso de exclusão do segurado titular da apólice;**
 - c) **no caso de morte do segurado titular;**
 - d) **por solicitação do segurado titular;**
 - e) **por solicitação do estipulante, por escrito;**
 - f) **no caso de cancelamento a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge.**

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, deverão ser observados os documentos necessários para análise e liquidação de sinistros solicitados nas respectivas coberturas contratadas para o cônjuge: morte, morte acidental e/ou invalidez total ou parcial por acidente.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o segurado titular, nos casos de morte ou morte acidental do cônjuge, e o próprio cônjuge do segurado titular no caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de impossibilidade do beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de o segurado titular ou o cônjuge do segurado titular, conforme o caso, falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Anexo I

CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

Desde que previsto nas condições contratuais, a presente cláusula estabelece as condições de apuração e distribuição, ao estipulante, dos resultados técnicos positivos do contrato.

1. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos resultados do contrato deve ser realizada após o término de vigência do contrato, desde que a mesma seja renovada nesta seguradora, 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.

Caso o estipulante venha a solicitar o cancelamento do contrato fora do seu aniversário, perderá o direito à distribuição da participação nos resultados do contrato.

Para a aplicação da cláusula de excedente técnico, será necessário que os segurados tenham vínculo empregatício com o estipulante e, que, durante o período de vigência a ser apurado, o contrato tenha uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados.

Não será distribuído excedente técnico em caso de cancelamento da apólice antes do final de vigência do contrato.

2. APURAÇÃO DO RESULTADO

Os prêmios pagos, líquidos de IOF (imposto sobre operações financeiras) serão atualizados monetariamente pelo IPCA/IBGE desde o mês de vigência da fatura até a data do envio da apuração ao estipulante.

Os sinistros serão atualizados pelo mesmo índice desde o mês de aviso do sinistro até a data do envio da apuração ao estipulante.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido, em benefícios ao grupo segurado.

Para fins de apuração de resultado técnico, considera-se como:

1) Receita:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência do contrato, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
- b) saldo da reserva de IBNR (sinistros ocorridos, mas não avisados) do período anterior;
- c) estorno de sinistros considerados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- d) as recuperações de sinistros com o ressegurador.

2) Despesa:

- a) despesas de comercialização, como comissão de corretagem, agenciamento e pró-labore;
- b) despesas efetivas de administração da seguradora;
- c) quaisquer despesas adicionais, devidamente acordadas em contrato;
- d) sinistros avisados no período alocados por data de aviso, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) saldo da reserva de IBNR do período;
- g) prêmios repassados ao ressegurador, incluindo os prêmios de resseguro catástrofe;
- h) total das alterações dos valores de sinistro já considerados em apurações anteriores;
- i) PIS/COFINS/IR/CSLL;
- j) valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos segurados; e
- k) valor total das despesas com assistências.

A reserva de IBNR, de constituição obrigatória, será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice, mas avisados após tal pagamento.

Como saldo da reserva de IBNR do período anterior entende-se o valor retido a este título, no período anterior ao da atual apuração.

3. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado no contrato de seguro.