



Vida Capital Global

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Processo **SUSEP 15414.604347/2023-36**

SUMÁRIO

CONDIÇÕES CONTRATUAIS	4
1. APRESENTAÇÃO	4
2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
3. DEFINIÇÕES	5
CONDIÇÕES GERAIS	16
4. OBJETIVO DO SEGURO.....	16
5. COBERTURAS	16
6. ÂMBITO DA COBERTURA	17
7. RISCOS EXCLUÍDOS	17
8. PERDA DE DIREITOS.....	18
9. CAPITAL SEGURADO GLOBAL.....	20
10. CRITÉRIO DE DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	20
11. GRUPO SEGURÁVEL.....	21
12. GRUPO SEGURADO.....	21
13. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	21
14. OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	23
15. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	24
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	25
17. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO.....	26
18. INCLUSÃO DE SEGURADOS	26
19. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS.....	26
20. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	27
21. CARÊNCIA E FRANQUIAS.....	27
22. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	27
23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	28
24. CUSTEIO DO SEGURO	28
25. CRITÉRIO PARA FIXAÇÃO DA TAXA E DO PRÊMIO E DO REAJUSTE	29
26. PAGAMENTO DO PRÊMIO	29
27. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	30
28. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO.....	31
29. JUNTA MÉDICA.....	32
30. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	33
31. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.....	33
32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	33
33. COMUNICAÇÕES	34
34. PRESCRIÇÃO.....	34
35. SUBROGAÇÃO	34
36. FORO	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	35



COBERTURA DE MORTE	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	37
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	39
COBERTURA AUTONOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA -IFPD	46
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	53
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	56
COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA DE MORTE	61
COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA DE MORTE ACIDENTAL.....	63
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA	65
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA.....	67

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as condições contratuais do Seguro **VIDA CAPITAL GLOBAL**, contendo as garantias contratadas, os riscos cobertos, os riscos excluídos e todos os demais dispositivos contratuais, cuja íntegra estará à disposição para consulta a qualquer momento, permanecendo a equipe técnica desta SEGURADORA sempre à disposição para esclarecer quaisquer pontos ou dúvidas acerca do produto.

2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 2.1.** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.
- 2.2.** A Contratação deste Seguro é opcional, sendo facultado ao SEGURADO o seu cancelamento qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 2.3.** A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.
- 2.4.** O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.5.** Na contratação por meios remotos o SEGURADO poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data da sua adesão ao seguro.
- 2.6.** A utilização de meios remotos na emissão da apólice garante ao SEGURADO a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à SEGURADORA.
- 2.7.** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.
- 2.8.** Para sinistros, o Segurado poderá entrar em contato pelo telefone **0800 770 5549** (atendimento de segunda a sexta, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 17h, exceto feriados) ou pelo **SAC 0800 725 1105** (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou por meio do **endereço eletrônico atendimento@alba.com.br**. Para atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, o segurado deverá enviar mensagem para o **WhatsApp (11) 4369-7171** ou através do **Chat** no site www.alba.com.br (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou ainda para o **endereço eletrônico atendimento_def@alba.com.br**. Caso o Segurado possua um número de protocolo do SAC sem solução satisfatória, poderá contestar na Ouvidoria através do telefone **0800 725 1071** (atendimento de segunda a sexta, das 7h às 20h, exceto feriados).
- 2.9.** Para registro de reclamações dos consumidores pessoas físicas, deverá ser utilizada a plataforma digital oficial: <https://www.consumidor.gov.br>.
- 2.10.** Suas informações estão protegidas pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo elas usadas exclusivamente para fins do presente contrato, considerando a finalidade exclusiva dos serviços descritos no item 4, respeitando o disposto na Lei nº 13.709/2018 - (LGPD). A ALBA SEGURADORA zela pelos seus dados e informações constantes em seu banco de dados, adotando

medidas técnicas, administrativas e organizacionais adequadas, de modo a garantir a segurança de seus dados pessoais.

3. DEFINIÇÕES

Visando a tornar mais compreensível e transparente este CONTRATO DE SEGURO, apresentamos os principais termos técnicos utilizados nestas Condições Gerais com seus respectivos conceitos:

3.1. ACEITAÇÃO DO RISCO

Ato de aprovação pela SEGURADORA da proposta de seguro efetuada pelo Proponente, para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

3.2. ACIDENTE PESSOAL

3.2.1. Evento com data caracterizada, ocorrido durante a VIGÊNCIA da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do SEGURADO ou torne necessário tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

3.2.1.1. O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a ACIDENTE PESSOAL, observada a legislação em vigor.

3.2.1.2. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o SEGURADO ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.

3.2.1.3. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.

3.2.1.4. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros.

3.2.1.5. Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.2.2. EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:

3.2.2.1. AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

3.2.2.2. AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS OU EXAMES CLÍNICOS, CIRÚRGICOS, MEDICAMENTOSOS, POR MEIO DE AGENTES FÍSICOS, RAIOS X, RADIUM OU OUTROS, QUANDO TAIS TRATAMENTOS OU EXAMES NÃO SEJAM EXIGIDOS DIRETAMENTE POR ACIDENTE COBERTO.

3.2.2.3. AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES

CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO.

3.2.2.4. AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, DEFINIDO NO INCISO I DO ART. 5º DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 117/2004.

3.2.2.5. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS).

3.3. AGRAVAMENTO DE RISCO

Deterioração das circunstâncias que influenciaram a avaliação original de um risco: aumento de sua probabilidade de vir a ocorrer e/ou expectativa de mais danos em caso de sinistro.

3.4. ALIENAÇÃO MENTAL

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

3.5. APARELHO LOCOMOTOR

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

3.6. APÓLICE/APÓLICE DE SEGURO

Documento emitido pela SEGURADORA formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo ESTIPULANTE, nos planos coletivos. No caso das presentes condições, trata-se do CONTRATO DE SEGURO firmado entre Proponente e a SEGURADORA formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do SEGURADO, da SEGURADORA e do(s) BENEFICIÁRIO(S).

3.7. ATIVIDADE LABORATIVA

Qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o SEGURADO obtenha renda.

3.8. ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL

Aquela por meio da qual o SEGURADO obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

3.9. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Ocupação profissional declarada pelo SEGURADO/ESTIPULANTE, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

3.10. ATO DOLOSO

Ato ilícito causado por ação ou omissão voluntária.

3.11. ATO ILÍCITO

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.12. AUXÍLIO

Ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

3.13. AVISO DE SINISTRO

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o SEGURADO é obrigado a fazer à SEGURADORA, assim que dele tenha conhecimento. Trata-se de o documento fornecido ao Corretor de Seguros ou disponibilizado via canais de comunicação disponibilizados pela SEGURADORA ao SEGURADO, ESTIPULANTE ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

3.14. BENEFICIÁRIO(S)

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais SEGURADOS na hipótese de ocorrência do sinistro. No caso da cobertura de sobrevivência, pessoa física indicada pelo SEGURADO para receber o CAPITAL SEGURADO ou o resgate, na hipótese de seu falecimento, de acordo com a estrutura do plano.

3.15. BOA-FÉ

No CONTRATO DE SEGURO, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o SEGURADO e a SEGURADORA, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

3.16. CANCELAMENTO

Dissolução antecipada do CONTRATO DE SEGURO em relação à sua VIGÊNCIA originalmente pactuada entre a SEGURADORA e o SEGURADO.

3.17. CAPITAL SEGURADO

Importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela SEGURADORA em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do CAPITAL SEGURADO será pactuado na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo ESTIPULANTE.

3.18. CARDIOPATIA GRAVE

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

3.19. 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.

3.20. COBERTURAS

Diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela SEGURADORA, definidas nas Condições Gerais e Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

3.21. COGNIÇÃO

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

3.22. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro.

3.23. CONDIÇÕES E/OU CLÁUSULAS PARTICULARES

Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura; são especificadas para cada contrato, pois individualizam determinados tópicos ou coberturas de um contrato em particular.

3.24. CONDIÇÕES ESPECIAIS:

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

3.25. CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto das cláusulas da apólice que têm aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

3.26. CÔNJUGE

Considera-se Cônjuge aquele legalmente reconhecido como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do SEGURADO Principal, se ao tempo do contrato o SEGURADO era separado judicialmente ou de fato, observada a legislação brasileira a respeito.

3.27. CONECTIVIDADE COM A VIDA

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

3.28. CONSUMPÇÃO

Definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

3.29. CONTRATO COLETIVO

Corresponde ao termo contratual firmado entre o ESTIPULANTE do seguro coletivo e a SEGURADORA, do qual constarão os direitos e deveres das partes contratantes.

3.30. CONTRATO DE SEGURO

Instrumento jurídico firmado entre o ESTIPULANTE e a SEGURADORA que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixam os direitos e obrigações da SEGURADORA, do ESTIPULANTE, do SEGURADO e do(s) Beneficiário(s).

3.31. CORRETOR DE SEGUROS

No caso de pessoa física, trata-se de profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. É um profissional autônomo escolhido pelo SEGURADO e/ou seu representante legal junto à **SEGURADORA**

No caso de pessoa jurídica, trata-se de empresa cuja constituição é regulada por leis e normas específicas, e que tem atuação semelhante à de um corretor de seguros.

3.32. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

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

3.33. DATA DE EXIGIBILIDADE

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

3.34. DEAMBULAR

Ato de andar livremente com o uso do APARELHO LOCOMOTOR.

3.35. RELATÓRIO MÉDICO

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo SEGURADO ou pelos BENEFICIÁRIOS emite sua opinião sobre o estado de saúde do SEGURADO e respectivos fatos médicos correlatos.

3.36. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES

Informações que devem ser prestadas pelo proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela SEGURADORA para avaliação do risco e na regulação de evento coberto. Tal declaração é apresentada por meio formal e legal, sendo inclusa na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO em que o Proponente ou SEGURADO, presta informações sobre as suas condições de saúde e atividades, assinando e

responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, para análise de aceitação da SEGURADORA.

3.37. DEFICIÊNCIA VISUAL

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

3.38. DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

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

3.39. DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO

Doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.

3.40. DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE

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

3.41. DOENÇA CRÔNICA

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

3.42. DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

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

3.43. DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA

Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame anatomopatológico para sua classificação definitiva.

3.44. DOENÇA PROFISSIONAL

Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida por meio de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

3.45. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo SEGURADO anteriormente à data de sua adesão ao seguro e respectiva assinatura da proposta de seguros, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro, e que poderão ser identificadas pela SEGURADORA por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer

outros meios. Se não forem informadas na declaração pessoal de saúde, na PROPOSTA DE ADESÃO ou outro documento ou meio ofertado pela SEGURADORA, as doenças e lesões pré-existentes não geram o direito à indenização.

3.46. ENDOSSO

Documento expedido pela SEGURADORA, a pedido do ESTIPULANTE e/ou SEGURADO, durante a VIGÊNCIA da apólice pelo qual a SEGURADORA aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou BENEFICIÁRIOS.

3.47. ESTADOS CONEXOS

Representa o relacionamento consciente e normal do SEGURADO com o meio externo.

3.48. ESTIPULANTE

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo ficando investida dos poderes de representação dos SEGURADOS perante a SEGURADORA, nos termos da legislação e regulamentação em vigor cujos atos constitutivos admitem a estipulação e a administração de seguros, sendo identificado como ESTIPULANTE-instituidor quando participar total ou parcialmente do custeio do seguro e como ESTIPULANTE-averbador quando não participar do custeio.

3.49. ETIOLOGIA

Causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

3.50. EVENTO COBERTO

Acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua VIGÊNCIA e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do CONTRATO DE SEGURO, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à SEGURADORA em favor do SEGURADO ou de seu(s) BENEFICIÁRIO(S).

3.51. FATORES DE RISCO E MORBIDADE

Fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem.

3.52. FILHO(S)

Aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do SEGURADO, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observada alguma das condições a seguir: a) Filho(a) ou enteado(a) com até 21 (vinte e um) anos de idade completos; b) filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos; c) filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho.

3.53. FRANQUIA

Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela SEGURADORA, dependendo das disposições do contrato. A franquia é deduzida por evento ocorrido.

3.54. Grupo de Sócios e Diretores

Pessoas vinculadas ao ESTIPULANTE em razão de fazerem parte do Contrato Social ou de sua última alteração contratual.

3.55. GRUPO SEGURADO

Conjunto dos componentes do Grupo Segurável que foram aceitos e incluídos no seguro.

3.56. GRUPO SEGURÁVEL

Totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o ESTIPULANTE, que podem aderir ou ser incluídas na apólice coletiva de seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

3.57. GRUPO SEGURÁVEL DE COLABORADORES

Total de pessoas que possuem vínculo empregatício com o ESTIPULANTE em função de contrato de trabalho, independente da função ou cargo que exercem, tais como diretores, superintendentes, gerentes, funcionários administrativos e operacionais.

3.58. SEGURADO/SEGURADO TITULAR

Pessoa física que mantém vínculo empregatício ou societário com o ESTIPULANTE, isto é, que seja empregada, sócia ou diretora, e que tenha contratado uma ou mais das coberturas das presentes Condições Contratuais.

3.59. SEGURADOS DEPENDENTES

Cônjuges/companheiros(as), filhos e enteados considerados dependentes do SEGURADO Titular pela Legislação do Imposto de Renda.

3.60. HÍGIDO

Saudável.

3.61. INDENIZAÇÃO

Pagamento efetuado pela SEGURADORA ao SEGURADO ou ao(s) seu(s) BENEFICIÁRIO(S), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de VIGÊNCIA do CONTRATO DE SEGURO, limitado ao valor do CAPITAL SEGURADO da cobertura contratada.

3.62. MÉDICO ASSISTENTE

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

3.63. MEIOS REMOTOS

São aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais

como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

3.64. NATIMORTO

Criança que ao nascer já se encontra morta.

3.65. PERÍODO DE COBERTURA

Período durante o qual o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO(S) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

3.66. PRÊMIO DO SEGURO

Importância paga pelo SEGURADO ou ESTIPULANTE/proponente à SEGURADORA para que esta assuma o risco a que o SEGURADO está exposto. Trata-se do valor pago à SEGURADORA em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

3.67. PROCESSO SUSEP

Registro deste Produto na SUSEP, que, contudo, não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.68. PROGNÓSTICO

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

3.69. PROPONENTE

Pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva, por meio do preenchimento da PROPOSTA DE ADESÃO.

3.70. PROPOSTA DE ADESÃO

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física vinculada ao ESTIPULANTE, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais do CONTRATO DE SEGURO.

3.71. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o ESTIPULANTE, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura (s) direcionada (s) às pessoas a ele vinculadas, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

3.72. PRO RATA TEMPORIS

É o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de VIGÊNCIA do contrato.

3.73. QUADRO CLÍNICO

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e SUBjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

3.74. RECIDIVA

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

3.75. REFATARIEDADE TERAPÊUTICA

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

3.76. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os SEGURADOS num período considerado os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados neste mesmo período.

3.77. REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

3.78. RELAÇÕES EXISTENCIAIS

Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

3.79. RELATÓRIO MÉDICO

Documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do SEGURADO e respectivos fatos médicos correlatos. **NÃO SERÁ ACEITO, PARA FINS DE AVALIAÇÃO DE COBERTURA, DOCUMENTO EMITIDO POR MÉDICO QUE SEJA O PRÓPRIO SEGURADO, SEU CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A), DEPENDENTES, PARENTES CONSANGUÍNEOS OU AFINS, MESMO QUE HABILITADOS A EXERCER A PRÁTICA DA MEDICINA, NÃO CABENDO NESTES CASOS, NENHUMA INDENIZAÇÃO POR PARTE DA SEGURADORA.**

3.80. RENOVAÇÃO

Restabelecimento ou a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse SEGURADO ou nas bases tarifárias do seguro.

Resilir: levar o contrato à rescisão; desfazer o contrato a partir de manifestação expressa de vontade da parte.

3.81. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.82. SEGURADO

Pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

3.83. SEGURADO DEPENDENTE

Cônjuge ou companheiro (a), filho(s) e/ou enteado(s), do SEGURADO principal, quando incluído no CONTRATO DE SEGURO, desde que não seja SEGURADO principal na referida apólice.

3.84. SEGURADO PRINCIPAL/SEGURADO TITULAR

É o SEGURADO que possui vínculo com o ESTIPULANTE, não tendo riscos cobertos sobre si próprio por força de cobertura de inclusão de filho ou cônjuge.

3.85. SEGURADORA

Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. Este produto e condições gerais e especiais estão vinculados ao contrato de vida individual da SEGURADORA.

3.86. SENTIDO DE ORIENTAÇÃO

Faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

3.87. SEQUELA

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

3.88. SINISTRO

Ocorrência de risco coberto, durante o período de VIGÊNCIA do CONTRATO DE SEGURO.

3.89. TRANSFERÊNCIA CORPORAL

Capacidade do SEGURADO se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3.90. VIGÊNCIA

Período que determina a data de início e de término do CONTRATO DE SEGURO.

CONDIÇÕES GERAIS

4. OBJETIVO DO SEGURO

- 4.1.** O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) Cobertura(s) constante(s) no CONTRATO COLETIVO, indicada(s) nas Propostas de Contratação, o pagamento do CAPITAL SEGURADO ao próprio SEGURADO ou ao(s) seu(s) BENEFICIÁRIO(S), em função da ocorrência de evento coberto, durante o período de VIGÊNCIA da APÓLICE Coletiva e mediante o pagamento do Prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.
- 4.2.** O Prêmio deste seguro é integralmente pago pelo ESTIPULANTE, não havendo qualquer contribuição dos SEGURADOS. O presente plano de seguro denomina-se plano de seguro de custeio não contributivo.
- 4.3.** Este plano é do tipo de contratação coletiva.

5. COBERTURAS

- 5.1.** As coberturas passíveis de contratação para este plano de seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela SEGURADORA e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:
- 5.1.1. Cobertura de Morte - M**
 - 5.1.2. Cobertura de Morte Acidental - MA**
 - 5.1.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPTA**
 - 5.1.4. Cobertura Autônoma de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD**
 - 5.1.5. Cobertura de despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)**
 - 5.1.6. Cobertura de Doenças Graves - DG**
 - 5.1.7. Cobertura de Rescisão Trabalhista por Morte - RT**
 - 5.1.8. Cobertura de Rescisão Trabalhista por Morte Acidental - RTA**
 - 5.1.9. Cobertura Suplementar de Inclusão de Cônjuge de Forma Automática**
 - 5.1.10. Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos de Forma Automática**
- 5.2.** PARA CARACTERIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DESTA PLANO COMO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA, OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ SER CONTRATADA A COBERTURA DE MORTE.
- 5.3.** PARA EFEITO DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE COMPONENTES NO SEGURO, DEVERÁ SER OBSERVADO O LIMITE DE 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE PARA ADESÃO, SALVO SE A SEGURADORA EXPRESSAMENTE ACEITAR A ADESÃO DE PESSOA COM IDADE SUPERIOR.
- 5.4.** A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, CAPITAL SEGURADO/CAPITAIS SEGURADOS e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

6. ÂMBITO DA COBERTURA

- 6.1.** As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Especiais, contratuais ou na especificação da respectiva APÓLICE.
- 6.2.** Quando for o caso, eventuais encargos de tradução juramentada referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da SEGURADORA, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo SEGURADO, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido no CONTRATO COLETIVO, atualizado monetariamente nos termos da legislação civil vigente.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- 7.1.1.** DIRETA OU INDIRETA, RESULTANTES DE, OU PARA OS QUAIS TENHAM CONTRIBUÍDO RADIAÇÕES IONIZANTES DE CONTAMINAÇÃO PELA RADIOATIVIDADE DE QUALQUER COMBUSTÍVEL NUCLEAR OU DE RESÍDUO NUCLEAR, BEM COMO OS RESULTANTES DE EXPLOSÃO OU COMBUSTÃO DE MATERIAL NUCLEAR, BEM COMO OS DIRETA OU INDIRETAMENTE CAUSADOS POR ARMAS NUCLEARES, FICANDO AINDA ENTENDIDO QUE, PARA FINS DESTA EXCLUSÃO, A PALAVRA COMBUSTÃO ABRANGERÁ QUALQUER PROCESSO AUTOSSUSTENTADOR DE FUSÃO NUCLEAR.
- 7.1.2.** DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REBELIÃO, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, MANIFESTAÇÃO NÃO PACÍFICA OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES, GREVES, TUMULTOS, MOTINS, “LOCK-OUT”, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO A OUTREM.
- 7.1.3.** DE DOENÇAS, ACIDENTES OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, E QUE ERAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO, INCLUSIVE AS CONGÊNITAS.
- 7.1.4.** DA MORTE DO SEGURADO PROVOCADA POR EPIDEMIA OU PANDEMIA DECLARADA PELA AUTORIDADE COMPETENTE.
- 7.1.5.** DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS DE COBERTURA, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO.
- 7.1.6.** DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO NOS CASOS DE UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

- 7.1.7. TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 7.1.8. DIRETA OU INDIRETAMENTE DE ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM TODA DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DO SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE COMPETENTE.**
- 7.1.9. DA PRÁTICA DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO.**
 - 7.1.9.1. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, A EXCLUSÃO DO ITEM “7.1.9” ACIMA SE APLICA AOS SÓCIOS CONTROLADORES, AOS SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, AOS BENEFICIÁRIOS E AOS SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS.**
- 7.1.10. DE ACIDENTES OCORRIDOS DURANTE A PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM APOSTAS OU RACHAS, EXCETO NA PRÁTICA DE ESPORTES E NOS CASOS EM QUE O SEGURADO TENHA COMUNICADO TAL PRÁTICA À SEGURADORA E ESTA TENHA EXPRESSAMENTE ACEITADO O RISCO.**
- 7.1.11. DE ACIDENTES OCORRIDOS EM QUE O SEGURADO, NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO OU EQUIPAMENTO QUE REQUEIRA APTIDÃO, NÃO POSSUA HABILITAÇÃO LEGAL PARA TANTO.**

8. PERDA DE DIREITOS E AGRAVAMENTO DE RISCO

A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO SE O ESTIPULANTE, SUB-ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE, OU O INTERMEDIÁRIO DE SEGUROS, INTENCIONALMENTE E COM MÁ-FÉ, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, ALÉM DE ESTAR O ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.

- 8.1. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, DO ESTIPULANTE, DE SEU INTERMEDIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE, A SEGURADORA PODERÁ:**
 - 8.1.1. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**
 - 8.1.1.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.**
 - 8.1.1.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**
 - 8.1.2. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**

- 8.1.2.1. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO.**
- 8.1.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.**
- 8.1.3. 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.**
- 8.2. A SEGURADORA TAMBÉM NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO, CASO HAJA POR PARTE DO SEGURADO OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU REPRESENTANTE OU INTERMEDIÁRIO DE SEGUROS:**
- 8.2.1. INOBSERVÂNCIA DA LEI OU DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTAS CONDIÇÕES.**
- 8.2.2. PRÁTICA DE DOLO, FRAUDE OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO OU AINDA SE O SEGURADO OU BENEFICIÁRIO TENTAR OBTER VANTAGEM INDEVIDA COM O SINISTRO.**
- 8.2.2.1. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, A EXCLUSÃO DO ITEM ACIMA SE APLICA AOS SÓCIOS CONTROLADORES, AOS SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, AOS BENEFICIÁRIOS E AOS SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS.**
- 8.2.3. AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO OBJETO DO CONTRATO.**
- 8.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À INDENIZAÇÃO SE FOR PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ. RECEBIDO O AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:**
- 8.3.1. NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DO AVISO, CANCELAR A APÓLICE, DANDO CIÊNCIA DE SUA DECISÃO, POR ESCRITO, AO SEGURADO, OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA. O CANCELAMENTO DA APÓLICE SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO PELA SEGURADORA, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO DO RISCO A DECORRER, OBSERVADOS OS TERMOS DESTA APÓLICE.**
- 8.3.2. PROPOR A CONTINUIDADE DO CONTRATO E COBRAR A DIFERENÇA DO PRÊMIO CABÍVEL.**

9. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

- 9.1. Para fins deste seguro, CAPITAL SEGURADO global é o valor total estabelecido no CONTRATO COLETIVO e na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, no início da VIGÊNCIA do seguro, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo o GRUPO SEGURADO (sócios, diretores e/ou colaboradores), podendo sofrer alterações, a pedido do ESTIPULANTE, para adequar-se à variação do número de vidas seguradas em decorrência de inclusões e exclusões de SEGURADOS do GRUPO SEGURADO, durante a VIGÊNCIA da APÓLICE, observadas as condições contatuais deste seguro.
- 9.2. O CAPITAL SEGURADO global de cada cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido no CONTRATO COLETIVO.
- 9.3. O CAPITAL SEGURADO Global e Prêmio serão atualizados na forma prevista na **Cláusula 23** (Atualização Monetária do Capital SEGURADO Global).

10. CRITÉRIO DE DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

- 10.1. O CAPITAL SEGURADO individual será determinado pela divisão do valor do CAPITAL SEGURADO Global contratado pelo ESTIPULANTE pelo número de SEGURADOS ativos e afastados que compõem o Grupo SEGURADO, devidamente identificados na data de caracterização do evento coberto, de acordo com as condições especiais de cada cobertura contratada.

10.1.1. Exemplo:

Grupo SEGURADO em 01/07 = 100 colaboradores

Falecimento SEGURADO em 01/07

Capital Global em 01/07 = R\$1.000.000,00

$$\text{CAPITAL SEGURADO individual em 01/07} = \frac{\text{Capital Global}}{\text{n}^\circ \text{ Grupo Segurado}} = \frac{\text{R}\$1.000.000,00}{100} = \text{R}\$10.000,00$$

- 10.2. Cada grupo SEGURADO poderá sofrer variação na quantidade de componentes em relação à quantidade original que enseje o dever de comunicação à SEGURADORA para fins de avaliação da necessidade de repactuação do valor do CAPITAL SEGURADO global, devendo a decisão ser acordada entre as partes.

10.2.1. Na hipótese de eventual descumprimento do dever de comunicação contratualmente pactuado, em caso de ocorrência de SINISTRO, o CAPITAL SEGURADO individual será apurado com base no número de SEGURADOS existente quando da última comunicação formal à SEGURADORA quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo SEGURADO ou, na sua falta, com base no número de SEGURADOS existente à época do início de VIGÊNCIA da APÓLICE.

10.3. CAPITAL SEGURADO para o Grupo de Colaboradores

- 10.3.1. De acordo com a opção estabelecida na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, o Capital SEGURADO Individual para o Grupo de Colaboradores será uniforme, e corresponderá ao resultado da divisão do CAPITAL SEGURADO Global pelo total de colaboradores existentes na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) do mês que anteceder o evento coberto. Havendo

inconsistência com resultado à quantidade de colaboradores apurada com base na GEFIP, a referida totalidade de colaboradores poderá ser apurada com base em outro meio idôneo para o fim aqui estabelecido.

10.4. Capital para o Grupo de Sócios e/ou Diretores:

10.4.1. O CAPITAL SEGURADO Individual para o Grupo de Sócios e/ou Diretores será uniforme, e corresponderá ao resultado da divisão do CAPITAL SEGURADO Global contratado para o Grupo de Sócios e/ou Diretores, que fazem parte do Contrato Social ou da última alteração contratual na data do evento coberto.

11. GRUPO SEGURÁVEL

11.1. É facultada à SEGURADORA a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições estabelecidas para a configuração dos clientes como SEGURADOS Titulares ou SEGURADO Dependente, ou para seu enquadramento dentro do Grupo Segurável ou do Grupo SEGURADO, bem como outros documentos que julgar necessários.

12. GRUPO SEGURADO

12.1. É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que elegíveis e devidamente aceitos e incluídos na APÓLICE coletiva, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Cláusulas 18 (Inclusão de SEGURADOS) e 19 (Condição para Aceitação Individual de SEGURADOS) destas Condições Gerais.

13. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

13.1. No ato da contratação serão obrigatórios o preenchimento e a assinatura física ou remota, pelo proponente, seu representante ou seu Intermediário, na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ao Seguro e no CONTRATO COLETIVO, que será encaminhada à SEGURADORA para análise do risco.

13.1.1. As CONDIÇÕES CONTRATUAIS do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, devendo o proponente (Estipulante) assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das CONDIÇÕES CONTRATUAIS do plano Proposto de seguro.

13.1.2. A inclusão do seguro coletivo deverá ser realizada mediante PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO e CONTRATO COLETIVO disponibilizados ao ESTIPULANTE, que poderão ser preenchidos e formalizados por meio eletrônico, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, o que configurará o seguro como aceite pelas partes como válido.

13.1.2.1. Será permitido o uso de MEIOS REMOTOS para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como CONTRATO COLETIVO, documentos de cobrança, extratos, CONDIÇÕES CONTRATUAIS, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

13.1.3. O simples acesso ou consulta a documentos e informações disponibilizados pela SEGURADORA dispensam a necessidade de fornecimento de protocolo.

- 13.2.** A SEGURADORA terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO e do CONTRATO COLETIVO, para aceitar ou recusar a inclusão, alterações ou renovações do proponente no seguro.
- 13.3.** A SEGURADORA poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais pelo ente supervisionado.
- 13.4.** A ausência de manifestação da SEGURADORA no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO do seguro coletivo.
- 13.5.** A aceitação será comunicada de forma expressa ao ESTIPULANTE, sendo que a emissão e o envio da APÓLICE dentro do prazo de que trata o item 15.3. SUBSTITUI a manifestação expressa de aceitação da proposta pela SEGURADORA.
- 13.5.1.** Em qualquer hipótese, a SEGURADORA comunicará formalmente ao proponente, ao seu representante legal ou intermediário, a decisão de não aceitação da proposta, com a devida justificativa da recusa.
- 13.5.2.** Havendo recusa pela SEGURADORA, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Os valores pagos sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a SUBstituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.
- 13.5.3.** Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 8 - PERDA DE DIREITOS destas Condições Gerais.
- 13.5.4.** O ESTIPULANTE está obrigado a comunicar a ente supervisionada, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 13.5.5.** A SEGURADORA poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao ESTIPULANTE, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- 13.5.6.** O CANCELAMENTO do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.
- 13.6.** A emissão ou renovação da APÓLICE Coletiva do seguro empresarial capital global será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta, a qual será entregue ao ESTIPULANTE, contendo, no mínimo, as datas de início e término de VIGÊNCIA do seguro, os capitais SEGURADOS de cada cobertura contratada e o prêmio total.

- 13.7.** O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO e CONTRATO COLETIVO, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo ESTIPULANTE, das CONDIÇÕES CONTRATUAIS deste seguro
- 13.8.** Para o primeiro faturamento o ESTIPULANTE encaminhará à SEGURADORA, por meio do envio físico ou remoto da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou em mídia magnética, e, no Grupo de Sócios e/ou Diretores, mediante envio do Contrato Social com a sua última alteração, pelo ESTIPULANTE e SUB-estipulante, se houver, a fim de comprovar alteração na composição do GRUPO SEGURADO.
- 13.9.** Após a implantação do seguro, o ESTIPULANTE ou SUB-ESTIPULANTE deverá informar as alterações no GRUPO SEGURADO por intermédio da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou eletronicamente.

14. OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

14.1. Constituem obrigações do ESTIPULANTE e SUB-ESTIPULANTE:

- 14.1.1.** Fornecer à ALIANÇA DA BAHIA todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais.
- 14.1.2.** Fornecer ao SEGURADO, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao CONTRATO DE SEGURO.
- 14.1.3.** Repassar aos SEGURADOS todas as comunicações ou avisos relativos aos documentos contratuais, quando for diretamente responsável pela sua administração.
- 14.1.4.** Discriminar o nome da ALIANÇA DA BAHIA responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o SEGURADO.
- 14.1.5.** Comunicar de imediato à ALIANÇA DA BAHIA tão logo tome conhecimento da ocorrência de qualquer SINISTRO ou expectativa de SINISTRO referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 14.1.6.** Dar ciência aos SEGURADOS dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de SINISTROS.
- 14.1.7.** Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado.
- 14.1.8.** Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado.
- 14.1.9.** Informar o nome da SEGURADORA, bem como o percentual de participação das congêneres no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio ESTIPULANTE.
- 14.1.10.** Cabe ainda ao ESTIPULANTE pagar pontualmente o prêmio, fornecer a documentação relacionada na (Relação de Documentos para Liquidação de SINISTRO) e informar a

SEGURADORA sobre a quantidade de vidas para determinação do Capital SEGURADO global e individual do GRUPO SEGURADO.

14.1.11. Não incluir no GRUPO SEGURADO pessoas que não possuem condição de ingresso no CONTRATO COLETIVO, sob pena de arcar com as consequências desse ato.

14.1.12. Comunicar imediatamente a SEGURADORA em caso de não atingimento do índice mínimo de adesão, previsto na Cláusula nº 14, durante a VIGÊNCIA dos documentos contratuais.

14.2. Qualquer alteração no CONTRATO DE SEGURO somente poderá ser feita mediante Aditivo ou Proposta assinada pelo ESTIPULANTE ou seu representante legal, ressalvada a questão de alteração de BENEFICIÁRIOS, que somente poderá ser efetuada mediante autorização por escrito do SEGURADO.

14.3. Qualquer alteração que implique em ônus, dever ou perda de direitos para os SEGURADOS dependerá da anuência expressa de 75% (setenta e cinco por cento) do GRUPO SEGURADO.

14.4. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito com a concordância das partes contratantes.

14.5. Para todos os efeitos de direito, a ALIANÇA DA BAHIA somente tomará conhecimento das circunstâncias expressamente declaradas pelo ESTIPULANTE na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

14.6. É expressamente vedado ao ESTIPULANTE e ao Sub-ESTIPULANTE:

14.6.1. Cobrar dos SEGURADOS, quaisquer valores relativos ao seguro. Este Seguro é de custeio não contributivo, pago integralmente pelo ESTIPULANTE e/ou SUB-ESTIPULANTE.

14.6.2. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da ALIANÇA DA BAHIA 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.

15. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

15.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente a Seguradora está obrigada a:

15.1.1. Informar aos SEGURADOS a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-ESTIPULANTE, sempre que lhe for solicitado.

15.1.2. Comunicar aos SEGURADOS os casos de não repasse à SEGURADORA de prêmios recolhidos pelo ESTIPULANTE nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse.

15.1.3. Prestar ao ESTIPULANTE, e a cada componente do Grupo Segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 16.1.** A VIGÊNCIA do seguro poderá ser anual ou plurianual e o respectivo período será definido no CONTRATO COLETIVO.
- 16.2.** O início de VIGÊNCIA é contado a partir das 24 (vinte quatro) horas da data constante no CONTRATO COLETIVO de Seguro emitida pela SEGURADORA e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do contrato, inclusive nos Endossos correspondentes.
- 16.3.** A SEGURADORA providenciará a emissão da APÓLICE Coletiva no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação da PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.
- 16.4.** A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO Empresarial recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de VIGÊNCIA de Cobertura na data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e no CONTRATO COLETIVO.
- 16.5.** A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO Empresarial recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, desde que aceita, terá seu início de VIGÊNCIA na data em que a SEGURADORA receber a Proposta assinada pelo Proponente/ESTIPULANTE.
- 16.6.** Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada SEGURADO cessa automaticamente no final do prazo de VIGÊNCIA da APÓLICE Coletiva, se esta não for renovada.
- 16.7.** No CONTRATO COLETIVO, deverá ser observado o seguinte:
- 16.7.1.** A APÓLICE poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 30 (CANCELAMENTO do Seguro) destas Condições Gerais.
 - 16.7.2.** A Renovação automática não se aplicará quando a SEGURADORA ou o ESTIPULANTE comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio com antecedência de no mínimo 60 (sessenta) dias do final de VIGÊNCIA da APÓLICE Coletiva.
 - 16.7.3.** Feita uma Renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do ESTIPULANTE, desde que não impliquem em alteração do Contrato Coletivo/APÓLICE com ônus ou deveres adicionais para os SEGURADOS, ou a redução dos seus direitos.
- 16.8.** A APÓLICE poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se a SEGURADORA se manifestar em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinte) dias do final de VIGÊNCIA da APÓLICE Coletiva.
- 16.9.** Para a Proposta de Renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados nestas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 16.10.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a SEGURADORA a faculdade de não renovar a APÓLICE na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do CONTRATO COLETIVO, ou estabelecer novas condições para renovação do seguro.

17. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

17.1. A Adesão no presente Seguro corresponderá a totalidade de componentes de cada grupo SEGURADO definido na APÓLICE.

17.1.1. A Quantidade mínima será de 3 integrantes em cada grupo de SEGURADOS.

17.2. Durante a VIGÊNCIA da APÓLICE, poderá estabelecer, no CONTRATO COLETIVO, critérios específicos relacionados à variação da quantidade de componentes de cada grupo SEGURADO em relação à quantidade original que ensejem o dever de comunicação à SEGURADORA para fins de avaliação de necessidade de repactuação do valor do capital SEGURADO global, na composição do grupo.

18. INCLUSÃO DE SEGURADOS

18.1. Serão incluídos no seguro somente os SEGURADOS Titulares e seus Dependentes, conforme PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, anexada da GFIP do mês que anteceder o início do risco e Contrato Social atualizado, acompanhado de sua última alteração, desde que observadas as condições da Cláusula 19 - de aceitação estabelecidas no CONTRATO COLETIVO e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

19. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

19.1. Somente poderão ser incluídas no seguro pessoas pertencentes e que tenham vínculo ao Grupo Segurável, que, na data estabelecida para início de VIGÊNCIA do risco individual:

19.1.1. Estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as CONDIÇÕES CONTRATUAIS poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço, desde que em atividade e devidamente vinculados a empresa ESTIPULANTE ou SUB-ESTIPULANTE;

19.1.2. Não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo;

19.1.3. E tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e no CONTRATO COLETIVO na data do início da VIGÊNCIA individual do seguro.

19.2. Cabe ao ESTIPULANTE informar à SEGURADORA, os nomes dos SEGURADOS portadores de deficiência, ressaltando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da SEGURADORA.

19.3. Somente serão aceitas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

19.4. Em relação aos SEGURADOS, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos prêmios normalmente à SEGURADORA, preservando os direitos aos mesmos da cobertura deste plano de seguro.

19.5. É vedado ao SEGURADO afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento.

20. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

20.1. O início do período de Cobertura individual, de acordo com as CONDIÇÕES CONTRATUAIS, ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data da admissão do colaborador ou da data de inclusão no Contrato Social para os Sócios e Diretores.

21. CARÊNCIA E FRANQUIAS

21.1. A SEGURADORA poderá estabelecer CARÊNCIA ou Franquia para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas no CONTRATO COLETIVO e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

21.2. O período de CARÊNCIA será contado a partir do início de VIGÊNCIA da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de VIGÊNCIA individual, sendo as coberturas e o período de CARÊNCIA, quando aplicável, estabelecidos no contrato e nas propostas. O período de CARÊNCIA máximo será de 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do prazo de VIGÊNCIA da APÓLICE Coletiva.

21.3. No caso de migração ou transferência de APÓLICE, não será reiniciada a contagem de novo prazo de CARÊNCIA para os SEGURADOS já incluídos no CONTRATO COLETIVO anterior em relação às COBERTURAS e respectivos capitais já contratados.

21.4. Não haverá CARÊNCIA para os SINISTROS decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início do período de cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de VIGÊNCIA individual.

21.5. Adotada a CARÊNCIA, ao ESTIPULANTE e/ou SEGURADO fica assegurada a prorrogação automática da APÓLICE por período correspondente, no mínimo, à CARÊNCIA fixada, respeitada a prerrogativa de seu CANCELAMENTO pela SEGURADORA por impossibilidade de manutenção do grupo, nos termos do disposto na **Cláusula 30** (CANCELAMENTO do Seguro) destas Condições Gerais.

22. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

22.1. É facultado **exclusivamente** ao SEGURADO, a qualquer tempo, nomear ou Substituir seu(s) BENEFICIÁRIO(S), mediante comunicação escrita à SEGURADORA, ressalvadas as restrições legais.

22.2. Não sendo instituído beneficiário pelo SEGURADO, incidirá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

22.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato, O SEGURADO era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

- 22.4.** A Substituição do(s) BENEFICIÁRIO(S) só poderá ser efetuada se o SEGURADO não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.
- 22.5.** Será considerada, em caso de SINISTRO, a última alteração de BENEFICIÁRIO(S) feita pelo SEGURADO, desde que recebida pela SEGURADORA antes da ocorrência do SINISTRO.
- 22.6.** Se a SEGURADORA não for cientificada até o período estabelecido no item 18.5 desta cláusula, quanto à Substituição de BENEFICIÁRIO(S), desobrigar-se-á pagando o capital SEGURADO ao antigo beneficiário.
- 22.7.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do SEGURADO e do(s) BENEFICIÁRIO(S), a indenização referente à cobertura contratada será paga nos termos do artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

- 23.1.** O CAPITAL SEGURADO global e por consequência, o respectivo PRÊMIO e o CAPITAL SEGURADO individual, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da APÓLICE, para todos os SEGURADOS do Grupo de SEGURADOS, com base na variação dos salários ou, ainda, com base na variação acumulada do índice indicado no SUBitem 23.2. desta Cláusula, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e no CONTRATO COLETIVO.
- 23.2.** Para efeito de atualização monetária, poderá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE ou outro índice calculado com base na variação de fatores objetivos e indicado nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e no CONTRATO COLETIVO.
- 23.3.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/ FVG ou qualquer outro índice que vier a Substituí-lo.

24. CUSTEIO DO SEGURO

- 24.1.** Em relação ao custeio e de acordo com a PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, este seguro é **Não Contributário**, ou seja, os SEGURADOS não pagam o PRÊMIO, recaindo o ônus de seu pagamento **integralmente** sobre o ESTIPULANTE. Nesta modalidade de seguro todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos no CONTRATO COLETIVO, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas.
- 24.2.** O ESTIPULANTE e SUB-ESTIPULANTE, se houver, sempre será responsável pela quitação dos PRÊMIOS devidos.

25. CRITÉRIO PARA FIXAÇÃO DA TAXA E DO PRÊMIO E DO REAJUSTE

- 25.1.** Adotar-se-á a taxa média ou única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os SEGURADOS e será o quociente entre a soma total do PRÊMIO individual por cobertura e a soma total do CAPITAL de cada cobertura contratada.
- 25.2.** A taxa média final será acrescida dos carregamentos técnicos e comerciais, e aplicados os impostos pertinentes a operação de seguros.
- 25.3.** O PRÊMIO mensal individual será o produto da taxa média, calculado quando da contratação do seguro, pelo CAPITAL individual de cada Cobertura contratada, sendo o PRÊMIO total mensal correspondente ao somatório dos PRÊMIOS individuais.
- 25.4.** Anualmente, no aniversário do CONTRATO DE SEGURO, as taxas serão reavaliadas em função da idade média atuarial do GRUPO SEGURADO. Se for constatado aumento da idade média ou se a sinistralidade ultrapassar a 100% do PRÊMIO puro, as taxas e PRÊMIOS serão reajustadas para todo o GRUPO SEGURADO.
- 25.4.1.** **A taxa média será calculada no início de VIGÊNCIA do contrato e recalculada anualmente no seu aniversário com base, ainda, no Grupo total, ou seja, a SEGURADORA avaliará a carteira de planos, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada se esta for superior ou inferior à vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época, caso haja alterações Substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.**
- 25.5.** Qualquer modificação das CONDIÇÕES CONTRATUAIS em vigor que implique ônus ou dever para os SEGURADOS, ou, ainda, implique na redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de SEGURADOS que representem, no mínimo, três quartos do GRUPO SEGURADO.
- 25.6.** O aumento na taxa final deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do ESTIPULANTE.

26. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 26.1.** **A cobrança do PRÊMIO será efetuada por meios de pagamento disponíveis pela rede bancária, inclusive por meio eletrônico ou por meio de documento emitido pela SEGURADORA.**
- 26.2.** No caso de que seja opção do ESTIPULANTE ou SUB-ESTIPULANTE por meio de documento de cobrança a que se refere o SUBitem 26.1 desta Cláusula, será encaminhado diretamente ao ESTIPULANTE ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao intermediário de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- 26.3.** O ESTIPULANTE poderá optar pelo pagamento dos PRÊMIOS de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a um determinado Período de Cobertura.
- 26.3.1.** O pagamento realizado na forma acima não caracteriza fracionamento do PRÊMIO.
- 26.4.** Caso o ESTIPULANTE opte pelo pagamento dos PRÊMIOS de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato, em

que o ESTIPULANTE pague os PRÊMIOS mensalmente, nenhuma devolução de PRÊMIO será devida.

- 26.5.** Na hipótese de pagamento de PRÊMIO único ou de periodicidade anual, o CAPITAL Seguro pagável por morte ou invalidez será atualizado pelo índice previsto no SUBitem 19.2 até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 26.6.** Qualquer que seja a forma de pagamento do PRÊMIO adotada, a SEGURADORA ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 26.7.** O pagamento do PRÊMIO será feito à SEGURADORA por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o ESTIPULANTE e a SEGURADORA na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.
- 26.7.1.** Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o PRÊMIO poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 26.8.** Se a data do vencimento do PRÊMIO coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 26.9.** O não pagamento até a data convencionada resultará na cobrança de juros de mora de 6% ao ano e atualização monetária com base no índice IPCA-IBGE, calculados com base no período compreendido entre o dia de vencimento e a data do pagamento.
- 26.10.** A SEGURADORA providenciará aviso ao ESTIPULANTE, mediante comunicação escrita, alertando acerca da inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.
- 26.10.1. Não havendo a quitação da fatura até a data do vencimento, haverá tolerância de até 60 (sessenta) dias do vencimento para regularização dos PRÊMIOS em atraso, sem suspensão das Coberturas.**
- 26.10.2.** Decorridos 60 (sessenta) dias contados da data de vencimento, sem que o PRÊMIO tenha sido quitado, a APÓLICE e/ou o risco individual ficarão automaticamente e de pleno direito rescindidas, a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição de PRÊMIO anterior, ficando o ESTIPULANTE obrigado ao pagamento dos PRÊMIOS vencidos relativos ao Período de Cobertura.
- 26.10.3. A falta de pagamento do PRÊMIO por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no CANCELAMENTO automático do seguro.**
- 26.11.** Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de PRÊMIOS pagos pelo SEGURADO ou ESTIPULANTE.

27. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

- 27.1. O SEGURADO ou seu(s) BENEFICIÁRIO(S) deverá(ão), diante da ocorrência de SINISTRO, proceder à comunicação imediata, por meio do AVISO DE SINISTRO, telegrama, carta**

registrada ou demais dispositivos disponibilizados dirigida à SEGURADORA, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

- 27.1.1.** A comunicação feita por carta registrada ou telegrama não exonera a obrigação da apresentação do formulário de AVISO DE SINISTRO original à SEGURADORA, também de forma imediata à ocorrência do SINISTRO.
- 27.1.2.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de SINISTRO e pagamento do CAPITAL SEGURADO eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela SEGURADORA de toda documentação básica constante da Cláusula 28 (Relação de Documentos para Liquidação de SINISTRO) e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.
- 27.2.** Em caso de dúvida fundada e justificável, a SEGURADORA poderá solicitar ao(s) BENEFICIÁRIO(S) ou SEGURADO outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 28 (Relação de Documentos para Liquidação de SINISTRO) e seus SUBitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, o prazo mencionado no SUBitem 27.1.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil SUBsequente ao recebimento pela SEGURADORA dos documentos e informações complementares.
- 27.3.** Não respeitado o prazo previsto no SUBitem 27.1.2 desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos SUBitens 27.2 e 27.4 desta Cláusula, aplicados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo previsto no SUBitem 27.1.2., independentemente de interpelação judicial.
- 27.3.1.** A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.
- 27.3.2.** A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado *pro rata die* desde o dia seguinte ao término do prazo previsto no SUBitem 27.1.2 até a data do efetivo pagamento.
- 27.4.** O pagamento do CAPITAL SEGURADO devido será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) BENEFICIÁRIO(S) ou SEGURADO no AVISO DE SINISTRO.
- 27.5.** As despesas efetuadas com a comprovação do SINISTRO e os documentos necessários serão de responsabilidade do SEGURADO e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela SEGURADORA.

28. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de SINISTRO, necessário o envio pelo SEGURADO ou BENEFICIÁRIO(S) à SEGURADORA dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

28.1. Para qualquer SINISTRO:

28.1.1. Formulário de AVISO DE SINISTRO disponibilizado pela SEGURADORA e devidamente preenchido em todos os seus campos.

28.1.2. Documentos do SEGURADO:

28.1.2.1. Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento (quando menor de 18 anos), do CPF e do comprovante de residência do SEGURADO.

28.1.2.2. Cópia da Carteira de trabalho.

28.1.3. Documentos do(s) BENEFICIÁRIO(S):

28.1.3.1. Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) BENEFICIÁRIO(S), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

28.1.3.2. Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de BENEFICIÁRIO(S) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;

28.1.3.3. Cópia do Termo de Curatela, no caso de BENEFICIÁRIO(S) incapaz(es);

28.1.3.4. Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum registrada em cartório pelo SEGURADO antes do SINISTRO e declaração de duas testemunhas de que o SEGURADO vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

28.1.4. Documentos do ESTIPULANTE:

28.1.4.1. No caso de Colaboradores: Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do SINISTRO, bem como a do mês referente à admissão do empregado;

28.1.4.2. No caso de Sócios e Diretores: a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do SEGURADO na sociedade ou quadro estatutário do ESTIPULANTE.

28.2. Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro(s) da família ou por pessoa que esteja convivendo com o SEGURADO, independentemente de ser um médico habilitado.

29. JUNTA MÉDICA

29.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente no CONTRATO COLETIVO, será proposta pela SEGURADORA, por meio de correspondência escrita ao SEGURADO, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de

uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo SEGURADO e um terceiro desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

29.3. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o SEGURADO e a SEGURADORA.

30. CANCELAMENTO DO SEGURO

30.1. O Seguro poderá ser resilido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa do ESTIPULANTE e/ou SUB-ESTIPULANTE.

30.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará resolvido, independentemente de notificação ou interpelação judicial e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do SEGURADO, nas seguintes situações:

30.2.1. Por falta de pagamento de parcela do PRÊMIO, após o prazo disposto no da Cláusula 26 destas Condições Gerais.

30.2.2. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das CONDIÇÕES CONTRATUAIS do seguro.

30.2.3. Se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do ESTIPULANTE, SEGURADO ou do(s) BENEFICIÁRIO(S), no ato da contratação ou durante toda a VIGÊNCIA do contrato.

30.3. O pagamento de PRÊMIOS pelo ESTIPULANTE, de qualquer valor, à SEGURADORA após a data da rescisão contratual não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

30.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a SEGURADORA reterá do PRÊMIO recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de COBERTURA decorrido ou quando adotado o fracionamento do PRÊMIO e na hipótese de rescisão a pedido do SEGURADO, a ente supervisionada reterá, no máximo, além dos emolumentos, o PRÊMIO calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta em regulamentação específica.

30.5. Durante a VIGÊNCIA do Seguro, a APÓLICE não poderá ser cancelada pela SEGURADORA somente sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

31.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do ESTIPULANTE e/ou intermediário, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as Condições Gerais e Especiais da APÓLICE e as normas do seguro.

32. COMUNICAÇÕES

- 32.1.** As comunicações do SEGURADO ou do ESTIPULANTE serão válidas quando realizadas por meio idôneo.
- 32.2.** As comunicações da SEGURADORA se consideram válidas quando dirigidas ao endereço informado pelo SEGURADO ou pelo ESTIPULANTE.
- 32.3.** As comunicações do SEGURADO ou do ESTIPULANTE se consideram válidas quando dirigidas ao endereço da SEGURADORA, qual seja: XXXXXXXX.

33. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 33.1.** O presente contrato guarda conformidade com a legislação vigente sobre a proteção de dados pessoais, e com a determinação do órgão regulador e fiscalizador, em especial à Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
- 33.2.** O SEGURADO reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo formalizado o CONTRATO DE SEGURO, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados para o fim único da execução do CONTRATO DE SEGURO.
- 33.3.** O SEGURADO, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter acesso em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA a qualquer momento e mediante pedido expresso.
- 33.4.** Está o SEGURADO ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do endereço de e-mail atendimento@alba.com.br.

34. PRESCRIÇÃO

- 34.1.** Qualquer pretensão do SEGURADO com fundamento na presente APÓLICE prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

35. SUBROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o SEGURADO não pode se SUB-rogar nos direitos e ações do SEGURADO contra o causador do SINISTRO, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

36. FORO

- 36.1.** Fica eleito o foro de domicílio do SEGURADO ou do BENEFICIÁRIO para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

Esta COBERTURA garante ao(s) BENEFICIÁRIO(S) o pagamento do valor do CAPITAL SEGURADO contratado para esta COBERTURA, em caso de morte do SEGURADO, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA TODOS OS RISCOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta COBERTURA, o CAPITAL SEGURADO é a importância a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida no CONTRATO COLETIVO, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do SEGURADO.

4. BENEFICIÁRIO

- 4.1. O CAPITAL SEGURADO relativo a esta COBERTURA será pago ao(s) BENEFICIÁRIO(S) indicado pelo SEGURADO ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 22 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

Em caso de SINISTRO, cabe ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 27 (Ocorrência de SINISTRO) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 28 (Relação de Documentos para liquidação de SINISTRO) das Condições Gerais, bem como:

- 5.1. Em caso de morte natural, são necessários também os seguintes documentos do SEGURADO, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
 - 5.1.1. Cópia da Certidão de Óbito do SEGURADO.
 - 5.1.2. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do SEGURADO, se for o caso.
 - 5.1.3. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do SEGURADO, quando houver.
 - 5.1.4. Radiografias do SEGURADO (quando houver).
 - 5.1.5. Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 5.1.6. Declaração médica indicando *causa mortis* com firma reconhecida.
- 5.2. Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, são necessários também os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
 - 5.2.1. Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o SEGURADO era o condutor do veículo.

- 5.2.2.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- 5.2.3.** Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho.
- 5.2.4.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
- 5.2.5.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- 5.2.6.** Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Esta COBERTURA, desde que contratada, garante ao(s) BENEFICIÁRIO(S) o pagamento do CAPITAL SEGURADO contratado para esta COBERTURA, em caso de morte do SEGURADO causada exclusivamente por ACIDENTE PESSOAL coberto, ocorrido durante a VIGÊNCIA deste seguro, sem prejuízo do pagamento do CAPITAL SEGURADO relativo à COBERTURA Morte, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 7. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- 2.1. DAS PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 2.2. DE VIAGENS EM: AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE EM VIGOR; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A ENTE SUPERVISIONADA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta COBERTURA, o CAPITAL SEGURADO é a importância a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida no CONTRATO COLETIVO vigente na data do ACIDENTE PESSOAL.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do acidente com o SEGURADO.

4. BENEFICIÁRIO

- 4.1. O CAPITAL SEGURADO relativo a esta COBERTURA será pago ao(s) BENEFICIÁRIO(S) indicado pelo SEGURADO ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 21 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

- 5.1. Em caso de SINISTRO, cabe ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 27 (Ocorrência de SINISTRO) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 28 (Relação de Documentos para Liquidação de SINISTRO) das Condições

Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- 5.1.1.** Cópia da Certidão de Óbito do SEGURADO.
- 5.1.2.** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do SEGURADO, se for o caso.
- 5.1.3.** Radiografias do SEGURADO (quando houver).
- 5.1.4.** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- 5.1.5.** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o SEGURADO era o condutor do veículo.
- 5.1.6.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- 5.1.7.** Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho.
- 5.1.8.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
- 5.1.9.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- 5.1.10.** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

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

2. INDENIZAÇÕES

- 2.1.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.
- 2.2.** Se depois de pagar uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do SEGURADO em consequência do mesmo acidente, a SEGURADORA pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por PERMANENTE Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental.
- 2.3.** No caso de invalidez parcial, o CAPITAL SEGURADO será automaticamente reintegrado após cada SINISTRO.
- 2.4.** Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a SEGURADORA deve pagar ao próprio SEGURADO uma indenização, de acordo com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ”, constante no SUBitem 2.13 desta Cláusula.
- 2.5.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado pelo SEGURADO.
- 2.6.** Na falta de indicação de percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.7.** Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do SEGURADO, independentemente de sua profissão.
- 2.8.** Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

- 2.9.** Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.
- 2.10.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.11.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 2.12.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à SEGURADORA de Relatório Médico, não se admitindo aqueles documentos emitidos por médico que possua grau de parentesco com o SEGURADO, o Beneficiário ou o ESTIPULANTE.

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
ALIENAÇÃO MENTAL total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o SEGURADO já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	
	%
Perda total de 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: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de 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 (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) 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	

DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15



Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de Substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia SUBtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:

3.1.1. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

3.1.2. VIAGENS: EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM, SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.

3.1.3. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS).

3.1.4. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.

3.1.5. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM IMPRUDÊNCIA OU AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta COBERTURA, o CAPITAL SEGURADO é a importância a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida na APÓLICE vigente na data do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do ACIDENTE PESSOAL ocorrido com o SEGURADO, comprovado documentalmente.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

5.1. Em caso de SINISTRO, cabe ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Ocorrência de SINISTRO) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 (Relação de Documentos para Liquidação de SINISTRO) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

5.1.1. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver).

5.1.2. Radiografias do SEGURADO (quando houver).

- 5.1.3.** Guia de Internação Hospitalar (quando houver).
- 5.1.4.** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o SEGURADO era o condutor do veículo.
- 5.1.5.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- 5.1.6.** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho.
- 5.1.7.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
- 5.1.8.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- 5.1.9.** Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o SEGURADO se encontrava em tratamento quando da entrega do AVISO DE SINISTRO.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA AUTONOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA -IFPD

1. OBJETIVO

1.1. Esta COBERTURA, desde que contratada, garante ao SEGURADO o pagamento do CAPITAL SEGURADO contratado em caso de caracterização de sua invalidez funcional permanente e total, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

2. CONCEITOS E RISCOS COBERTOS

2.1. Para fins de indenização desta COBERTURA é necessária a caracterização da perda da existência independente do SEGURADO em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do SEGURADO.

2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do SINISTRO e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- 2.2.1.** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”.
- 2.2.2.** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.
- 2.2.3.** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico.
- 2.2.4.** ALIENAÇÃO MENTAL total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença.**
- 2.2.5.** 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.
- 2.2.6.** Doenças do APARELHO LOCOMOTOR, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.
- 2.2.7.** Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - 2.2.7.1.** Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 - 2.2.7.2.** Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

- 2.2.7.3.** Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
- 2.2.7.4.** Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 2.2.8.** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- 2.2.9.** Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - 2.2.9.1.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.
 - 2.2.9.2.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
 - 2.2.9.3.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.3.** Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS, NÃO ESTÃO COBERTOS OS EVENTOS DECORRENTES DE:**
 - 3.1.1. 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 INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL.**
 - 3.1.2. OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR DE ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL; E**
 - 3.1.3. A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**
- 3.2. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO OU OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, O QUAL DEVE SER COMPROVADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DISCRIMINADOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, BEM COMO NAS CONDIÇÕES GERAIS.**
- 3.3. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR DOCUMENTOS MÉDICOS QUE APENAS CARACTERIZEM INCAPACIDADE PARCIAL E/OU DE NATUREZA PROFISSIONAL.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta COBERTURA o CAPITAL SEGURADO é a importância a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida na APÓLICE, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- 4.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do CAPITAL SEGURADO a data indicada na Relatório Médico, constante do Formulário de AVISO DE SINISTRO, que constate o quadro de invalidez acima conceituado.
- 4.3. O CAPITAL SEGURADO desta COBERTURA está limitado a 100% do CAPITAL da COBERTURA de morte.

5. REGULAÇÃO DO SINISTRO

- 5.1. Em caso de SINISTRO, o SEGURADO deverá proceder conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do SINISTRO) das Condições Gerais, fornecendo os documentos ali determinados, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
 - 5.1.1. Relatório Médico, emitida por profissional habilitado que não guarde parentesco com o SEGURADO, o Beneficiário ou o ESTIPULANTE, com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **SUBitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do SEGURADO.
 - 5.1.2. Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante.
 - 5.1.3. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.
 - 5.1.4. A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 5.2. É facultado à SEGURADORA, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do SINISTRO e/ou, se for o caso, à sua liquidação, hipótese em que ficará suspenso o prazo para pagamento da indenização até a apresentação dos documentos requisitados.
- 5.3. O SEGURADO SE COMPROMETE A SUBMETER-SE A EXAME CLÍNICO SEMPRE QUE A SEGURADORA JULGAR NECESSÁRIO PARA ESCLARECIMENTO DE CONDIÇÕES RELACIONADAS AO QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE, SOB PENA DE PERDA DE DIREITOS.
- 5.4. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Relatório Médico, consignada por médico que esteja assistindo ao SEGURADO e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

- 6.1.** A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do SEGURADO deve ser comprovada por meio de relatório médico pelo médico-assistente do SEGURADO, que não deve guardar grau de parentesco com ele, o Beneficiário ou o ESTIPULANTE, justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o SEGURADO tiver se SUBmetido e que também comprovem sua invalidez.
- 6.2.** O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do SEGURADO deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do SEGURADO, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se SUBmetido.
- 6.3.** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 6.4.** O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 6.4.1.** A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do SEGURADO na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 6.4.2.** A segunda, **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00



	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
--------------------------------------	---	----

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

- 6.5.** As despesas desembolsadas pelo SEGURADO objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela SEGURADORA com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.
- 6.6.** As providências que a SEGURADORA tomar visando a esclarecer as circunstâncias do SINISTRO não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do CAPITAL SEGURADO.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

8. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 8.1.** O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, as demais obrigações

decorrentes desta COBERTURA. Nessa hipótese, os PRÊMIOS relativos à COBERTURA de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do CAPITAL SEGURADO, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

- 8.2.** A COBERTURA básica (COBERTURA básica de morte), assim como as demais COBERTURAS adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do CAPITAL SEGURADO por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o PRÊMIO correspondente.
- 8.3.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta COBERTURA contratada permanecerá em vigor, assim como a COBERTURA básica (COBERTURA básica de morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de PRÊMIOS.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta COBERTURA, o CAPITAL SEGURADO é a importância máxima a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida na APÓLICE, vigente na data da caracterização da despesa médica, hospitalar ou odontológica decorrente de ACIDENTE PESSOAL coberto.
- 2.2. Para efeito de determinação do valor do CAPITAL SEGURADO, considera-se como data do evento a data da despesa, conforme notas fiscais emitidas e devidamente pagas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:**
 - 3.1.1. **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, INCLUSIVE ATIVIDADE FÍSICA RADICAL, QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, E DA PRÁTICA, PELO(S) SEGURADO(S), DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, EXCEÇÃO NOS CASOS DE UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DE PRÁTICA DE ESPORTES OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**
 - 3.1.2. **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.**
 - 3.1.3. **VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU**

DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXILIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.

3.1.4. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.

3.2. ESTE SEGURO TAMBÉM NÃO GARANTE:

3.2.1. ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E DE DIETAS ESPECIAIS, BEM COMO QUALQUER DESPESA DE ACOMPANHANTES.

3.2.2. APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA E A PRÓTESES DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS EM CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

3.2.3. NÃO ESTÃO ABRANGIDAS AS DESPESAS DECORRENTES COM OS EVENTOS NÃO COBERTOS RELACIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS.

4. LIVRE ESCOLHA

É facultada ao SEGURADO, até o limite do CAPITAL SEGURADO, a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados para o exercício da profissão.

5. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra COBERTURA do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o SEGURADO vier a falecer ou ficar definitivamente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da COBERTURA de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a SEGURADORA não abaterá do CAPITAL SEGURADO devido por Morte Acidental ou Invalidez Permanente e Total por Acidente o valor pago por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

6. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

O SEGURADO QUE, NA VIGÊNCIA DO CONTRATO, PRETENDER OBTER NOVO SEGURO DEVERÁ COMUNICAR SUA INTENÇÃO PREVIAMENTE POR ESCRITO À SEGURADORA, SOB PENA DE PERDA DE DIREITO.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Além de apresentar os documentos previstos na Cláusula 32 das Condições Gerais (Regulação de SINISTROS), o SEGURADO deverá comprovar as despesas médicas, hospitalares e odontológicas mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do AVISO DE SINISTRO, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da SEGURADORA, bem como relatório detalhado do médico-assistente e contas hospitalares.

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

- 7.2.1.** Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso.
- 7.2.2.** Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e Certidão de Nascimento ou, se não for solteiro, Certidão de Casamento ou declaração de união estável.
- 7.2.3.** Comprovante de Residência.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta COBERTURA, desde que contratada, garante ao SEGURADO o pagamento do CAPITAL SEGURADO contratado em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, nos termos do item 2.1 da Cláusula 2 - COBERTURAS, somente se o SEGURADO sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico) do evento coberto, observado o Período de CARÊNCIA, os RISCOS EXCLUÍDOS e na legislação aplicável.
- 1.2. Esta COBERTURA será cancelada automaticamente quando o(a) SEGURADO(a) completar 70 (setenta) anos de idade. Permanece em vigor a APÓLICE em relação a demais COBERTURAS que tenham sido contratadas, reduzindo-se o valor do PRÊMIO correspondente, de acordo com o estabelecido para esta COBERTURA.

2. COBERTURAS

- 2.1. Este seguro garante o pagamento de uma indenização ao SEGURADO em decorrência de diagnóstico de uma das Doenças ou condições previstas a seguir, desde que esse diagnóstico ocorra durante a VIGÊNCIA deste Contrato e após o período de CARÊNCIA:
 - 2.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC).
 - 2.1.2. Câncer (Exceto de pele e os não invasivos)
 - 2.1.3. Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”
 - 2.1.4. Infarto agudo do Miocárdio
 - 2.1.5. Insuficiência Renal Terminal
 - 2.1.6. Transplante de Órgãos
- 2.2. O CAPITAL SEGURADO é devido desde que o SEGURADO esteja vivo 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças graves acima indicadas.
- 2.3. O diagnóstico deverá ter sido emitido pela primeira vez após a data de início deste Contrato.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E 3 (DEFINIÇÕES), QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM:
 - 3.1.1. DOENÇAS PROFISSIONAIS.
 - 3.1.2. DOENÇAS OU CONDIÇÕES MÉDICAS, PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
 - 3.1.3. ESTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR MEIO DE TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

3.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:

3.2.1. CARCINOMAS NÃO INVASIVOS “IN SITU” (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL) E OUTRAS LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS.

3.2.2. CARCINOMA BASO-CELULAR E HIPERQUERATOSES.

3.2.3. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PELE, EXCETO QUANDO SE TRATAR DE DISSEMINAÇÃO EM OUTROS ÓRGÃOS.

3.2.4. SARCOMA DE KAPOSI E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS.

3.2.5. QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE QUE NÃO SEJA MELANOMA MALIGNO INVASIVO DE MENOS DE 1,2 MM DE ESPESSURA DETERMINADO POR EXAME E MENOS DE CLARK LEVEL 3.

3.2.6. LEUCEMIA LINFÁTICA CRÔNICA.

3.2.7. CÂNCER DE PRÓSTATA QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO, PERTENÇA A ETAPA T1 (INCLUINDO T1A E T1B DO SISTEMA TNM) OU DE QUALQUER OUTRA CLASSIFICAÇÃO MENOR.

3.3. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECG, TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL, ANGINA DECÚBITO, INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ECG COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”. E OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO.

3.4. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE CÉREBRO VASCULAR:

3.4.1. ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS.

3.4.2. QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR.

3.4.3. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA.

3.4.4. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE.

3.4.5. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES.

3.4.6. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO.

3.4.7. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO.

3.4.8. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.

3.5. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONARIANA:

3.5.1. ANGIOPLASTIA.

3.5.2. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS.

3.5.3. CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO , UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS).

3.5.4. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.

3.6. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:

- 3.6.1. TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**
- 3.6.2. TRANSPLANTE DE TECIDO.**
- 3.6.3. TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO.**
- 3.6.4. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS.**
- 3.6.5. AUTOTRANSPLANTE.**
- 3.6.6. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.**

4. CARÊNCIA

- 4.1. A CARÊNCIA SERÁ ESTABELECIDA NA APÓLICE, E O PRAZO DE CARÊNCIA NÃO PODERÁ EXCEDER METADE DO PRAZO DE VIGÊNCIA PREVISTO PELA APÓLICE PARA A COBERTURA CONTRATADA, CONTADOS DA DATA DE INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL, DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, NA PARTE QUE SE REFERE A ESSE AUMENTO OU DA RECONDUÇÃO DO SEGURO, SE SUSPENSO, NÃO HAVENDO COBERTURA PARA INTERNAÇÕES DECORRENTES DE DOENÇAS INICIADAS ANTES OU DURANTE O REFERIDO PERÍODO.**
- 4.2. A REFERIDA CARÊNCIA NÃO É APLICÁVEL PARA INTERNAÇÕES DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**
- 4.3. O LIMITE MÁXIMO COMO PRAZO DE CARÊNCIA A SER ESTABELECIDO SERÁ DE DOIS ANOS.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Para fins desta COBERTURA, o CAPITAL SEGURADO é a importância a ser paga em razão de SINISTRO coberto, estabelecida na APÓLICE, vigente na data da caracterização da Doença Grave coberta.**
- 5.2. Para efeito de determinação do valor do CAPITAL SEGURADO, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do MÉDICO ASSISTENTE do SEGURADO, e devidamente comprovada com exames.**

6. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 6.1. A COBERTURA individual de cada SEGURADO cessará:**
 - 6.1.1. Com o CANCELAMENTO da APÓLICE.**
 - 6.1.2. Com o CANCELAMENTO desta COBERTURA especial.**
 - 6.1.3. Com a ocorrência da morte do SEGURADO, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.**
 - 6.1.4. Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo SEGURADO.**
 - 6.1.5. Quando o SEGURADO deixar de contribuir com sua parte no PRÊMIO.**

6.1.6. Quando terminar o período de VIGÊNCIA correspondente ao PRÊMIO de seguro efetivamente pago.

6.1.7. Com o pagamento da indenização de doenças graves, será reintegrado o CAPITAL para COBERTURA das demais doenças se diagnosticadas, exceto para possíveis diagnósticos ou doenças decorrentes da doença indenizada., e que não façam parte das doenças cobertas por esta COBERTURA.

7. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de SINISTRO, cabe(m) ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (REGULAÇÃO DE SINISTROS) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como:

7.1. No caso de SINISTRO decorrente de Câncer:

7.1.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.1.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia.

7.1.3. Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

7.1.4. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.1.5. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.2. No caso de SINISTRO decorrente de Infarto:

7.2.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.2.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

7.2.3. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.2.4. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.3. No caso de Acidente Cérebro-Vascular:

7.3.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.3.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia.

7.3.3. exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).

7.3.4. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.3.5. cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.4. No caso de SINISTRO decorrente de Cirurgia Coronariana:

7.4.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.4.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.

7.4.3. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.4.4. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.5. No caso de SINISTRO decorrente de Insuficiência Renal:

7.5.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.5.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia.

7.5.3. Exames complementares apropriados.

7.5.4. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.5.5. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.6. No caso de Transplante de Órgãos:

7.6.1. Comunicado de SINISTRO com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

7.6.2. Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

7.6.3. Cópia do RG/RNE e CPF do SEGURADO.

7.6.4. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.7. Será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico ou de realização do procedimento coberto no item 2.1. desta COBERTURA.

7.8. A elegibilidade a indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o SEGURADO esteja vivo.

7.9. A indenização será paga sob a forma de pagamento único.

7.10. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas CONDIÇÕES CONTRATUAIS, no prazo de VIGÊNCIA desse seguro e após o período de CARÊNCIA.

8. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário deste seguro será o próprio SEGURADO.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA POR MORTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta COBERTURA, caso contratada, garante o pagamento de indenização ao ESTIPULANTE, até o limite do CAPITAL SEGURADO, de acordo com os riscos cobertos e CONDIÇÕES CONTRATUAIS, no caso de rescisão trabalhista por parte do SEGURADO.
- 1.2. O risco coberto por esta garantia é a morte do SEGURADO por causas naturais ou acidentais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cláusula garantirá ao ESTIPULANTE o pagamento de indenização, até o valor do CAPITAL SEGURADO contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão Trabalhista, exclusivamente por morte do SEGURADO PRINCIPAL.
- 2.2. Para fins desta COBERTURA, considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho exclusivamente pela morte do SEGURADO.
- 2.3. O legítimo interesse do ESTIPULANTE em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.4. Esta cláusula somente poderá ser contratada nos seguintes casos:
 - 2.4.1. Para seguros não contributários, quando o ESTIPULANTE for o responsável pelo pagamento integral do PRÊMIO.
 - 2.4.2. Quando o vínculo do SEGURADO com o ESTIPULANTE for exclusivamente empregatício, ou seja, para SEGURADOS que possuam registro em carteira profissional feito pelo ESTIPULANTE antes do SINISTRO. O registro anterior ao SINISTRO deve ser comprovado pela CAGED do mês imediatamente anterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTE NAS CONDIÇÕES GERAIS.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O CAPITAL SEGURADO é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na APÓLICE e vigente na data do evento.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do falecimento do SEGURADO.

5. CARÊNCIA

A SEGURADORA ESTABELECE O PRAZO DE CARÊNCIA NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PERÍODO PELO QUAL A SEGURADORA ESTARÁ ISENTA DO PAGAMENTO DE QUALQUER

INDENIZAÇÃO, EXCETUANDO-SE EVENTOS DE CAUSAS ACIDENTAIS, EM RELAÇÃO AOS QUAIS NÃO HAVERÁ CARÊNCIA.

6. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1.** Em caso de SINISTRO, cabe(m) ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do SINISTRO) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como os seguintes:
- 6.1.1.** AVISO DE SINISTRO, conforme modelo fornecido pela SEGURADORA.
 - 6.1.2.** Documento de Identificação válido no território nacional, CPF e comprovante de residência do SEGURADO.
 - 6.1.3.** Certidão de Óbito do SEGURADO.
 - 6.1.4.** CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do ESTIPULANTE.
 - 6.1.5.** CPF, Documento de Identificação válido em território nacional e comprovante de residência do SEGURADO.
 - 6.1.6.** Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do SEGURADO.
 - 6.1.7.** Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.
 - 6.1.8.** Ocorrência Policial (no caso de morte acidental).

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será sempre e unicamente o ESTIPULANTE.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA POR MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta COBERTURA, caso contratada, garante o pagamento de indenização ao ESTIPULANTE, até o limite do CAPITAL SEGURADO, de acordo com os riscos cobertos e CONDIÇÕES CONTRATUAIS, no caso de rescisão trabalhista por parte do SEGURADO.
- 1.2. O risco coberto por esta garantia é a morte do SEGURADO por causas acidentais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cláusula garantirá ao ESTIPULANTE o pagamento de indenização, até o valor do CAPITAL SEGURADO contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão Trabalhista, exclusivamente por morte acidental do SEGURADO PRINCIPAL.
- 2.2. Para fins desta COBERTURA, considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho exclusivamente pela morte acidental do SEGURADO.
- 2.3. O legítimo interesse do ESTIPULANTE em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.4. Esta cláusula somente poderá ser contratada nos seguintes casos:
 - 2.4.3. Para seguros não contributários, quando o ESTIPULANTE for o responsável pelo pagamento integral do PRÊMIO.
 - 2.4.4. Quando o vínculo do SEGURADO com o ESTIPULANTE for exclusivamente empregatício, ou seja, para SEGURADOS que possuam registro em carteira profissional feito pelo ESTIPULANTE antes do SINISTRO. O registro anterior ao SINISTRO deve ser comprovado pela CAGED do mês imediatamente anterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTE NAS CONDIÇÕES GERAIS.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O CAPITAL SEGURADO é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na APÓLICE e vigente na data do evento.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do falecimento do SEGURADO.

5. CARÊNCIA

A SEGURADORA ESTABELECE O PRAZO DE CARÊNCIA NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PERÍODO PELO QUAL A SEGURADORA ESTARÁ ISENTA DO PAGAMENTO DE QUALQUER INDENIZAÇÃO, EXCETUANDO-SE EVENTOS DE CAUSAS ACIDENTAIS, EM RELAÇÃO AOS QUAIS NÃO HAVERÁ CARÊNCIA.

6. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1.** Em caso de SINISTRO, cabe(m) ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do SINISTRO) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como os seguintes:
- 6.1.1.** AVISO DE SINISTRO, conforme modelo fornecido pela SEGURADORA.
 - 6.1.2.** Documento de Identificação válido no território nacional, CPF e comprovante de residência do SEGURADO.
 - 6.1.3.** Certidão de Óbito do SEGURADO.
 - 6.1.4.** CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do ESTIPULANTE.
 - 6.1.5.** CPF, Documento de Identificação válido em território nacional e comprovante de residência do SEGURADO.
 - 6.1.6.** Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do SEGURADO.
 - 6.1.7.** Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.
 - 6.1.8.** Ocorrência Policial (no caso de morte acidental).

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será sempre e unicamente o ESTIPULANTE.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta COBERTURA, desde que contratada, garante ao SEGURADO titular a inclusão e seu CÔNJUGE na APÓLICE e o pagamento do CAPITAL SEGURADO até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas.
- 1.2. Considera-se Cônjuge aquele legalmente reconhecido como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do SEGURADO PRINCIPAL, se ao tempo do contrato o SEGURADO era separado judicialmente ou de fato, observada a legislação brasileira a respeito.
- 1.3. **Estão automaticamente excluídos desta cláusula os CÔNJUGES que façam parte do grupo de SEGURADOS Principais.**

2. COBERTURAS

As COBERTURAS Básica de Morte, Morte por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Auxílio-Funeral, Assistência Funeral, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, Diárias de Internação Hospitalar por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença poderão ser estendidas aos CÔNJUGES, quando expressamente contratadas e ratificadas na APÓLICE. AS DEMAIS COBERTURAS NÃO SÃO EXTENSIVAS.

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1. A inclusão do CÔNJUGE se dá de forma automática a partir da inclusão do SEGURADO PRINCIPAL no seguro.
- 3.2. Também haverá a inclusão automática do CÔNJUGE, a partir da data da união civil, quando posterior à inclusão do SEGURADO PRINCIPAL no seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

O CAPITAL SEGURADO do CÔNJUGE manterá uma relação percentual com o CAPITAL do SEGURADO PRINCIPAL, limitado a 100%, conforme estabelecido na APÓLICE.

5. BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao SEGURADO PRINCIPAL.
- 5.2. Quando o SINISTRO for decorrente de invalidez, desde que contratada a respectiva COBERTURA, o Beneficiário será o próprio CÔNJUGE.
- 5.3. Na hipótese de morte simultânea do SEGURADO PRINCIPAL e do CÔNJUGE dependente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à COBERTURA do CÔNJUGE deverá ser paga aos herdeiros legais do SEGURADO, tendo sido pago o PRÊMIO correspondente.

6. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais deste CONTRATO DE SEGURO, conforme disposto nas cláusulas de regulação de SINISTRO das COBERTURAS estendidas ao CÔNJUGE, será necessária a apresentação da Certidão de Casamento, no caso de CÔNJUGE do SEGURADO, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida (o) como Beneficiária (o), ou de declaração de união estável.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta COBERTURA, desde que contratada, garante ao SEGURADO titular a inclusão e seus FILHOS na APÓLICE e o pagamento do CAPITAL SEGURADO até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas.
- 1.2. Considera-se FILHO dependente aquele definido como tal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda, conforme definição constante do glossário.
- 1.3. **FICAM AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDOS DO ÂMBITO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA OS FILHOS E DEPENDENTES DO SEGURADO QUE SEJAM COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO PRINCIPAL.**

2. COBERTURAS

- 2.1. As COBERTURAS Básica de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Auxílio Funeral, Assistência Funeral e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas poderão ser estendidas aos FILHOS, quando expressamente contratadas e ratificadas na APÓLICE . AS DEMAIS COBERTURAS NÃO SÃO EXTENSIVAS.
- 2.2. Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de CÔNJUGE, também farão parte do seguro os FILHOS dependentes do CÔNJUGE, de acordo com a legislação do Imposto de Renda.
- 2.3. NO CASO DE FILHOS MENORES DE 14 ANOS, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA, APENAS ADMITE-SE A COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL, VOLTADA A GARANTIR O REEMBOLSO DAS DESPESAS HAVIDAS COM O FUNERAL.

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1. A inclusão dos FILHOS se dá de forma automática a partir da inclusão do SEGURADO PRINCIPAL no seguro.
- 3.2. Também haverá a inclusão automática dos FILHOS, a partir da data de seu nascimento, quando posterior à inclusão do SEGURADO PRINCIPAL no seguro.
- 3.3. **Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo SEGURADO, os FILHOS serão SEGURADOS apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior CAPITAL SEGURADO, sendo este denominado SEGURADO PRINCIPAL para efeito desta cláusula.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O CAPITAL SEGURADO manterá uma relação percentual com o CAPITAL do SEGURADO PRINCIPAL, limitado a 100%, conforme estabelecido na APÓLICE.
- 4.2. No caso de FILHOS menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, o CAPITAL SEGURADO destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser

comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser Substituídas, a critério da SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- 4.2.1.** Incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado.
- 4.2.2.** Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao SEGURADO PRINCIPAL.
- 5.2.** Na hipótese de morte simultânea do SEGURADO PRINCIPAL e dos FILHOS dependentes, nos termos desta cláusula, a indenização referente à COBERTURA dos FILHOS deverá ser paga aos herdeiros legais do SEGURADO PRINCIPAL, tendo sido pago o PRÊMIO correspondente.

6. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de SINISTRO, cabe ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (REGULAÇÃO DE SINISTROS) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como a apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de FILHOS, autenticada no caso de ser apresentada cópia, ou, tratando-se de enteado do SEGURADO ou menores de idade, será necessário termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, de cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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