

CONDIÇÕES GERAIS

VIDA EM GRUPO – PROCESSO SUSEP 001-06570/96

Janeiro/2022

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 2ª - INFORMAÇÕES GERAIS	5
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 4ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	10
CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO.....	10
CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
CLÁUSULA 7ª – CARÊNCIA	12
CLÁUSULA 8ª – GRUPO SEGURADO - DEFINIÇÃO.....	12
CLÁUSULA 9ª - GRUPO SEGURADO	12
CLÁUSULA 10ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO.....	13
CLÁUSULA 11ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO.....	14
CLÁUSULA 12ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	15
CLÁUSULA 13ª - CAPITAL SEGURADO.....	15
CLÁUSULA 14ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES.....	16
CLÁUSULA 15ª – REENQUADRAMENTO ETÁRIO	16
CLÁUSULA 16ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	17
CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	19
CLÁUSULA 18ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA	19
CLÁUSULA 19ª - BENEFICIÁRIOS	19
CLÁUSULA 20ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES	20
CLÁUSULA 21ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS.....	20
CLÁUSULA 22ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	21
CLÁUSULA 23ª - REINTEGRAÇÃO	21
CLÁUSULA 24ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	22
CLÁUSULA 25ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.....	23
CLÁUSULA 26ª – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	28
CLÁUSULA 27ª - FORO	28
COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA.....	30
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	31
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME	33
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.....	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE CICLÍSTICO.....	38
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA	40
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO.....	42
COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL.....	44
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	45

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME.....	50
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	57
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA	64
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO	71
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	78
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME	80
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	82
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	88
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM CONSEQUENCIA DE CRIME	90
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.....	92
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA	95
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO.....	98
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	101
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	103
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES.....	105
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	108
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE.....	111
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME.....	114
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	118
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA	122
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO	126
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE (OU CENTRO) DE TERAPIA INTENSIVA (UTI OU CTI) DECORRENTE DE ACIDENTE.....	130
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	134
COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE PROFISSIONAL DECORRENTE DE DOENÇA PROFISSIONAL.....	137
COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – RIT	140
COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE – RIT ACIDENTAL.....	145
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA – AED	150
COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA DE OSSOS	154
COBERTURA ADICIONAL DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL	156
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ.....	158

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTES OCORRIDOS EM BICICLETA.....	160
COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE.....	161
COBERTURA DE AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO.....	163
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INTERRUPÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL.....	166
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES.....	168
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS.....	169
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE.....	171
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO CÔNJUGE.....	172
GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE.....	177
GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR EM CASO DE MORTE.....	179
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO.....	181
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO.....	182
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO NATALIDADE.....	183
GARANTIA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE OCORRIDO EM HORÁRIO DE TRABALHO.....	185
GARANTIA SUPLEMENTAR DE RESCISÃO CONTRATUAL.....	187
GARANTIA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS.....	188
GARANTIA SUPLEMENTAR DE DESPESAS DIVERSAS.....	190
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS.....	191
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL DE FILHOS.....	192
GARANTIA SUPLEMENTAR REEMBOLSO DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR AFASTAMENTO ACIDENTAL DO FUNCIONÁRIO.....	194
GARANTIA SUPLEMENTAR REEMBOLSO DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR AFASTAMENTO EM DECORRÊNCIA DE LICENÇA MATERNIDADE.....	197
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO FUNERAL DE PAIS E/OU SOGROS.....	199
GARANTIA SUPLEMENTAR DE RESCISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	200
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	201

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO

1.1 - O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as presentes Condições Gerais e Especiais o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas durante o período de vigência da apólice, mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

CLÁUSULA 2ª - INFORMAÇÕES GERAIS

2.1. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.

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

2.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.4. Serão consideradas, em cada caso, somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

2.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.6. As peças promocionais e de propaganda do produto só poderão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão das condições do seu seguro, apresentamos uma relação de definições dos principais termos técnicos utilizados:

3.1. ACIDENTE PESSOAL

3.1.1. É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente Total ou Parcial do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

o suicídio ou a sua tentativa, se ocorridos após o 2º ano de vigência inicial do contrato;

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

3.1.2. NÃO SE INCLUEM NESSE CONCEITO:

- a) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS,**

RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

- b) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- c) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU 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 OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO - DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
- d) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA E ASSEMELHADAS, COMO “INVALIDEZ ACIDENTÁRIA”, NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE PESSOAL, COMO DEFINIDO NO SUBITEM 3.1.1 ACIMA.**

3.1.3. Além dos riscos constantes do subitem 3.1.1 acima, estão cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes;
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e queda de raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou de bens; e
- f) queda n'água ou afogamento.

3.1.4 Para eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir da data de contratação deste.

3.2. APÓLICE

É o instrumento do contrato do seguro pelo qual a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação.

3.3. AVISO DE SINISTRO

É a comunicação obrigatória e formal do Segurado à Seguradora da ocorrência de sinistro, assim que dele tenha conhecimento.

3.4. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

O beneficiário pode ser determinado, quando declarado nominalmente na apólice, ou indeterminado quando desconhecido na formação do contrato, sendo este último sujeito à legislação vigente.

3.5. BOA FÉ

É a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o

ato, certa de que está agindo na conformidade do direito e, conseqüentemente, protegida pelos preceitos legais. É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente do contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas.

3.6. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

3.7. CARÊNCIA

É o período de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

3.8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou de prêmio.

3.9. COBERTURA/GARANTIA

É a proteção estabelecida na apólice de seguro para os riscos que se deseja segurar.

3.10. COMPONENTE/SEGURADO PRINCIPAL

É a pessoa física habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

3.11. COMPONENTE DEPENDENTE

Podem ser o cônjuge ou companheiro (a) do Segurado Principal e seus filhos, enteados ou os menores considerados dependentes econômicos do componente principal pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social do Segurado Principal.

3.12. CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo produto, estabelecendo direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

3.13. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação incluindo as constantes da proposta de contratação, do contrato de seguro, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, da proposta de adesão e do certificado individual.

3.14. CONDIÇÕES ESPECIAIS

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo produto.

3.15. CONTRATO DE SEGURO

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.16. CORRETOR DE SEGUROS

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e a intermediar contratos de seguro entre a Seguradora, o Estipulante e os Segurados.

3.17. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

É o documento formal e legal incluso na proposta de adesão em que o proponente ou o Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde e das atividades praticadas e de seu cônjuge/companheiro (a), neste último caso, se aplicável, assinando e responsabilizando-se pela

veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da proposta de adesão.

3.18. DOENÇA

É qualquer alteração no estado de saúde do Segurado que cause, mal, moléstia ou enfermidade, devidamente diagnosticada por um médico assistente.

3.19. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data da contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

3.20. EMOLUMENTOS

É o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondentes às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como custo de apólice.

3.21. ENDOSSO

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza eventuais alterações na apólice de seguro vigente, previamente acordadas entre a Seguradora, o Estipulante e/ou o Segurado.

3.22. ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.23. EVENTO COBERTO

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento durante a vigência da apólice, passível de ser indenizado pelo seguro, nos termos das condições contratadas.

3.24. FRANQUIA

É o valor estabelecido no contrato de seguro até o qual a Seguradora não se responsabiliza a indenizar o Segurado em caso de sinistro.

3.25. GRUPO SEGURADO

É a totalidade do grupo segurado efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

3.26. GRUPO SEGURADO

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

3.27. INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

3.28. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado e habilitado para a prática da medicina.

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 nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.

3.29. PERÍODO DE COBERTURA INDIVIDUAL

É o período durante o qual o Segurado ou o (s) beneficiário (s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

3.30. PRÊMIO DO SEGURO

É o valor pago pelo Estipulante ou pelo Segurado à Seguradora destinado ao custeio do seguro.

3.31. PROPOSTA DE ADESAO

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir ao seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.32. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

3.33. PROPONENTE

É o interessado em aderir ao contrato de seguro.

3.34. REGULAÇÃO DE SINISTRO

É o processo de avaliação das causas e efeitos que caracterizaram o sinistro em relação às coberturas contratadas, iniciado imediatamente após a comunicação do sinistro à Seguradora.

3.35. REINTEGRAÇÃO

É a recomposição do valor do capital segurado, após o pagamento de uma indenização.

3.36. RISCOS EXCLUÍDOS

São aqueles riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

3.37. SEGURADO

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

3.38. SEGURADORA

É a empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pela apólice.

3.39. SINISTRO

É a ocorrência de evento previsto e garantido no contrato de seguro, durante a sua vigência.

3.40. VIGÊNCIA

É o período pelo qual está contratada a apólice de seguro.

CLÁUSULA 4ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. A garantia básica, as garantias adicionais - exceto a garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária e as garantias suplementares deste seguro, garantem cobertura para todos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada na proposta de seguro, nas condições especiais ou na especificação da respectiva apólice.

4.2. O âmbito geográfico da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária está restrito aos acidentes exclusivamente ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no Território Brasileiro.

CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO

5.1. As garantias oferecidas por este seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares.

5.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação da garantia básica "Morte Por Qualquer Causa".

5.3 GARANTIAS BÁSICAS:

5.3.1. Morte Por Qualquer Causa

5.3.2. Morte Acidental (MA)

5.3.3. Morte Acidental em Consequência de Crime

5.3.4. Morte Acidental Decorrente de Acidente Automobilístico

5.3.5. Morte Acidental em Transportes Públicos com Passagem Paga

5.3.6. Morte Acidental em Decorrência de Acidente de Trabalho

5.3.7. Morte Acidental em Decorrência de Acidente Ciclístico

5.4 GARANTIAS ADICIONAIS:

5.4.1. Indenização Especial por Morte Acidental

5.4.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

5.4.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Consequência de Crime

5.4.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Automobilístico

5.4.5. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transportes Públicos com Passagem Paga

5.4.6. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Decorrência de Acidente de Trabalho

5.4.7. Invalidez Permanente Total por Acidente

5.4.8. Invalidez Permanente Total Acidente – Vítima de Crime

5.4.9. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

5.4.10. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

5.4.11. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Consequência de Crime

5.4.12. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Consequência de Acidente Automobilístico

5.4.13. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Consequência de Acidente em Transportes Públicos com Passagem Paga

5.4.14. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Decorrência de Acidente de Trabalho

5.4.15. Diárias de Incapacidade Temporária

5.4.16. Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente

5.4.17. Doenças Graves

5.4.18. Diária de Internação Hospitalar

5.4.19. Diária por Internação Hospitalar por Acidente

5.4.20. Diária de Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime

- 5.4.21. Diária de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Automobilístico
- 5.4.22. Diária de Internação Hospitalar por Acidente em Transportes Públicos com Passagem Paga
- 5.4.23. Diária de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente de Trabalho
- 5.4.24. Diária por Internação Hospitalar em Unidade (ou Centro) de Terapia Intensiva (UTI ou CTI) Decorrente de Acidente
- 5.4.25. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença
- 5.4.26. Incapacidade Profissional Decorrente de Doença Profissional
- 5.4.27. Renda por Incapacidade Temporária - RIT
- 5.4.28. Renda por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente – RIT Acidental
- 5.4.29. Antecipação Especial por Doenças (AED)
- 5.4.30. Quebra de Ossos
- 5.4.31. Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal
- 5.4.32. Auxílio Adaptação Casa e/ou Veículo por Invalidez
- 5.4.33. Auxílio em Decorrência de Acidentes Ocorridos em Bicicleta
- 5.4.34. Auxílio Invalidez Total por Acidente

5.5 GARANTIAS SUPLEMENTARES:

- 5.5.1. Afastamento Acidentário Laborativo
- 5.5.2. Interrupção da Atividade Profissional
- 5.5.3. Inclusão Automática de Cônjuges
- 5.5.4. Inclusão Automática de Filhos
- 5.5.5. Indenização Especial por Morte Acidental do Cônjuge
- 5.5.6. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Cônjuge
- 5.5.7. Auxílio Funeral em Caso de Morte
- 5.5.8. Auxílio Funeral Familiar em Caso de Morte
- 5.5.9. Auxílio Alimentação
- 5.5.10. Auxílio Educação
- 5.5.11. Auxílio Natalidade
- 5.5.12. Auxílio Medicamentos Decorrentes de Acidente Ocorrido em Horário de Trabalho
- 5.5.13. Rescisão Contratual
- 5.5.14. Doença Congênita de Filhos
- 5.5.15. Despesas Diversas
- 5.5.16. Indenização Especial de Filhos Póstumos
- 5.5.17. Indenização Especial por Morte Acidental de Filhos
- 5.5.18. Reembolso de Contratação Temporária por Afastamento em Decorrência de Licença Maternidade
- 5.5.18. Auxílio Funeral de Pais e/ou Sogros
- 5.5.19. Rescisão Contratual por Invalidez Permanente Total por Acidente

5.6. CLÁUSULAS PARTICULARES

- 5.6.1. Distribuição do Excedente Técnico

CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos conceituados no subitem 3.1.2., estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta,

sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar, utilização do meio de transporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na proposta de adesão e que eram do conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;**
- d) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- f) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.**
Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos também os acidentes ocorridos em consequência de atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores e pelos respectivos representantes; e
- g) de epidemias e pandemias, declaradas por órgão competente.**

6.2. Além dos riscos excluídos no subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro:

- a) o suicídio ou a tentativa de suicídio, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial individual do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;**
- b) lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, ressalvada a cobertura do suicídio ou sua tentativa após os 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato.**

CLÁUSULA 7ª – CARÊNCIA

7.1 O período de carência constará na proposta de adesão e apólice, será contado a partir do início da vigência individual do seguro, da recondução depois de suspenso ou de comprovado vínculo empregatício do Segurado junto ao Estipulante ou Subestipulante e será fracionado conforme especificação em contrato.

7.2 A carência será contada em dias consecutivos e ininterruptos e não poderá exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 8ª – GRUPO SEGURADO - DEFINIÇÃO

8.1. É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais

8.2. É facultado à Seguradora solicitar, a qualquer tempo, a apresentação de documentos que comprovem as condições acima estabelecidas para enquadramento do grupo segurado.

CLÁUSULA 9ª - GRUPO SEGURADO

9.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos segurados do Grupo Segurado, de acordo com o seguinte critério:

9.1.1 Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado “Não Contributário”, deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.

9.1.1.1. Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado, as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.

9.1.2. Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado “Contributário”, os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.

9.1.2.1. Nos seguros “Contributários” em que o Grupo Segurado for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

CLÁUSULA 10ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO

10.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da proposta de contratação assinada pelo estipulante ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

10.2. Para que esta Seguradora possa se manifestar sobre a aceitação de cada componente segurável, é obrigatório:

- a) que o proponente preencha e assine a proposta de adesão, a qual deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais;
- b) a comprovação da existência de vínculo com o Estipulante; e
- c) ter idade dentro dos limites estabelecidos para aceitação do grupo segurado e constantes nas Condições Contratuais da apólice na data do início da vigência individual do Segurado.

10.2.1. Os portadores de deficiência deverão ressaltar, na DPS (Declaração Pessoal de Saúde) constante nas respectivas propostas de adesão, o grau de invalidez pré-existente, para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

10.3. Para inclusão na apólice dos Componentes do Grupo Segurado, poderá a Seguradora abrir mão, no todo ou em parte, de prova de saúde através do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde que consta na proposta de adesão, conforme acordo celebrado entre as partes contratantes.

10.3.1. A DPS (Declaração Pessoal de Saúde) será avaliada e a Seguradora se reserva o Direito de não aprovar a inclusão dos proponentes cujas declarações ou exames médicos eventualmente realizados não satisfizerem os parâmetros desejáveis de seleção da Seguradora.

10.3.2. Se assim o desejarem e desde que não tenham sido beneficiados pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, os empregados/associados que se aposentarem durante a vigência da apólice podem ser mantidos no seguro, até o final da sua vigência, sem redução de capital segurado.

10.4. As propostas de contratação e as propostas de adesão sejam para Seguros Novos, ou para Inclusões, ou para Renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, estarão sujeitas ao prazo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento para o acolhimento ou a recusa do risco proposto a esta Seguradora.

OBS.: Salvo estipulação expressa na apólice, a renovação deste seguro não é automática. Portanto, caso haja intenção de renovar o seguro, é necessária a apresentação de nova proposta de seguro, que poderá ser assinada pelo Estipulante do seguro, desde que não haja alteração com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução dos seus direitos.

A Seguradora deverá proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.

A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação da proposta.

10.5. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 9.4. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação requerida.

A solicitação de documentos complementares pela Seguradora só poderá ocorrer uma única vez, durante este prazo.

10.6. No caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, esse valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro-rata-temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro que corresponde o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.7 A renovação deste seguro não será automática. Portanto, caso haja intenção de renovar o seguro, é necessária a apresentação de nova proposta de contratação, que poderá ser assinada pelo Estipulante do seguro, desde que não haja alteração com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução dos seus direitos.

10.7.1 No início do contrato do seguro e em cada uma das renovações subsequentes haverá obrigatoriamente a emissão e o envio de Certificado Individual de Seguro pela Seguradora.

10.8. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

10.9. Caso a Seguradora ou o Estipulante não tenham interesse em renovar a apólice, o Estipulante será comunicado formalmente no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

CLÁUSULA 11ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

11.1. A Apólice, os Certificados Individuais de Seguro e os endossos terão início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.2. A vigência do seguro vigora pelo prazo definido na Apólice, a partir das 24 horas da data de início como a seguir definida, salvo estipulação em contrário, e somente poderá ser cancelada, total ou parcialmente, excetuados os casos previstos em lei, por acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, observadas as seguintes condições:

- a) na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto constante do subitem 14.9, da Cláusula 14ª – Pagamento do Prêmio.

Para prazos não previstos na tabela de prazo curto citada nesta alínea, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

- b) na hipótese de rescisão por proposta da Seguradora, esta reterá, do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.2 - Para fins desse contrato, considera-se início de vigência da apólice a data para tal fim nela indicada e deverá observar:

- a) Nos casos de propostas recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio: a data da aceitação da proposta pela Seguradora ou a data expressamente acordada entre as partes;
- b) Nos casos de propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio: a data da recepção da proposta pela Seguradora.

11.3 - As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração na natureza de risco.

CLÁUSULA 12ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1. A partir da análise e aceitação da Seguradora, a cobertura individual só se efetiva se na data prevista para seu início o Componente integrar o Grupo Segurado, na forma estabelecida na Cláusula 7ª - Grupo Segurado.

12.2. Considera-se como data de início da cobertura individual de cada Segurado:

- a) Participantes Iniciais (proposta aprovada pela seguradora na mesma data da aceitação do seguro): A data do início de vigência da apólice, observado o disposto no subitem 10.2 da cláusula 10ª;
- b) Inclusão de Participantes isentos de prova de saúde: A data de vencimento para pagamento do prêmio imediatamente subsequente à data de recebimento, pela Seguradora, das respectivas propostas, observado o disposto no subitem 10.2 da Cláusula 10ª;
- c) Inclusão de Participantes sujeitos à prova de saúde: A data de vencimento para pagamento do prêmio imediatamente subsequente à data de aceitação, pela Seguradora, das respectivas propostas.

12.3. Considera-se como data de término da cobertura de cada Segurado a data de término de vigência da apólice.

12.4. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual constarão obrigatoriamente nos respectivos certificados individuais.

12.4.1. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice coletiva.

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

CLÁUSULA 13ª - CAPITAL SEGURADO

13.1. O capital segurado de cada garantia contratada será expresso em moeda corrente nacional e será pago sob a forma de pagamento único.

13.1.1. Nos seguros contratados por período superior a 1 (um) ano, os capitais segurados serão atualizados anualmente, com base na variação do Índice Geral de Preços para o Mercado / Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) acumulada nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do seguro.

13.1.1.1. No caso de extinção do índice acima indicado, o índice a ser utilizado será o índice admitido oficialmente para sua substituição.

13.1.2.2. Os prêmios serão anualmente ajustados de forma a garantir a variação anual integral do índice de preços para os correspondentes capitais segurados, nos termos do subitem.

13.1.2.3. O índice e o critério de atualização constarão da proposta de contratação do seguro.

13.2. Para fins de determinação do capital segurado, quando da liquidação de sinistros, considera-se, como data do evento:

- I. Morte Natural - a data do falecimento;
- II. Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente - a data do acidente; e
- III. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - a data indicada na declaração do médico assistente.
- IV. Demais Garantias – a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas Condições Especiais.

CLÁUSULA 14ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES

14.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

14.2. Os capitais segurados e os prêmios deste seguro poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a partir da data em que se tornarem exigíveis e até a data do efetivo pagamento. No caso de extinção do IPCA-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor /Fundação Getúlio Vargas).

14.3. Os valores devolvidos como previsto no subitem anterior serão, ainda, acrescidos dos juros moratórios contados a partir da data em que se tornarem exigíveis, equivalentes à taxa vigente para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

14.4. Para efeito do disposto nesta cláusula, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) para devolução de prêmio por recusa do risco ou por recebimento indevido do prêmio: a partir da data do recebimento do prêmio pela Seguradora;
- b) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;
- c) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora: a partir da data do efetivo cancelamento; e
- d) para pagamento da indenização: data do evento como definido no subitem 12.2. da Cláusula 13ª - Capital Segurado.

CLÁUSULA 15ª – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

15.1 Haverá alteração (reenquadramento) de prêmios de acordo com a faixa etária dos segurados, sendo a forma e os valores ou percentuais definidos contratualmente.

15.2 O Prêmio desse seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do grupo segurado.

15.3 No aniversário da apólice, a seguradora deverá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros avisados e pagos seja inferior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

15.4 Se as modificações do item anterior implicar em redução de direitos, ônus ou dever para os segurados, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 16ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. Fica acordado que se ocorrer sinistro cuja cobertura esteja amparada pelo presente seguro, dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

16.2. Nos seguros parcelados, as prestações vincendas serão descontadas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento (juros), nos casos em que o sinistro acarretar indenização integral.

16.3. Para fins deste Seguro, a forma de custeio disponível será conforme descrita abaixo:

Não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;

Contributivo: aquele em que os Segurados pagam o Prêmio.

16.4. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual (a vista), de acordo com o estabelecido no Contrato.

16.4.1. O pagamento de prêmio mensal, bimestral, trimestral ou semestral não caracteriza fracionamento de prêmio.

16.5. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.6. Na possibilidade de o Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, haverá redução proporcional dos juros pactuados.

16.7. O não-pagamento do prêmio à vista, nos seguros com periodicidade de pagamento anual, ou o não-pagamento da primeira parcela, nos casos de seguros com prêmio fracionado, na data indicada no respectivo documento de cobrança do seguro, implicará no cancelamento automático da apólice ou do aditivo, desde o seu início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

16.8. No caso de cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo por cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento se ocorrer a perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

16.9. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora tomará as providências necessárias para que o Segurado receba o carnê de pagamentos até 30 (trinta) dias úteis antes da data de vencimento da primeira parcela do prêmio.

16.10. Nos seguros com prêmio fracionado, quando ocorrer o não-pagamento da parcela subsequente à primeira e/ou de outras parcelas posteriores àquela ora indicada, a vigência será

ajustada, considerando-se a relação entre o prêmio efetivamente pago e o valor do prêmio total anualizado devido na apólice ou no aditivo, de acordo com a seguinte tabela:

Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original	Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original
13	15	73	195
20	30	75	210
27	45	78	225
30	60	80	240
37	75	83	255
40	90	85	270
46	105	88	285
50	120	90	300
56	135	93	315
60	150	95	330
66	165	98	345
70	180	100	365

16.11. Se, da comparação do valor pago com o valor total anualizado devido na apólice ou aditivo, resultar percentual não previsto nesta tabela, o número de dias do prazo de vigência ajustado será o que corresponder ao percentual imediatamente superior.

16.12. Do carnê de pagamento de prêmios, a Seguradora fará constar a comunicação dos possíveis ajustamentos dos prazos de vigência do contrato, conforme estabelecido nos parágrafos anteriores.

16.13. O Segurado poderá restabelecer os efeitos da apólice ou aditivo pelo período inicialmente contratado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no parágrafo anterior.

16.14. Ao término do prazo estabelecido na Tabela acima sem que haja o restabelecimento facultado pelo parágrafo anterior, a apólice ou aditivo ficarão cancelados.

16.15. É vedado ao estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor excedente ao fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

16.16. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

16.17. O disposto nos subitens 16.2, 16.6, 16.10 a 16.14, não se aplica aos seguros com periodicidade de pagamento mensal, bimestral, trimestral ou semestral.

16.18. Para a situação constante no item 16.13, bem como nos seguros com periodicidade mensal, bimestral, trimestral e semestral, em caso de atraso no pagamento incidirão encargos, sendo multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

17.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado Principal cessa nas seguintes situações:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte.

17.2. A cobertura de cada Segurado Dependente cessa nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar;
- b) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- c) com a morte do Segurado Principal; e
- d) com a cessação da condição de dependente.

CLÁUSULA 18ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA

18.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.2. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.3. Além dos casos previstos nas demais cláusulas destas Condições, a cobertura de cada Segurado será rescindida integralmente por Morte do segurado ou pelo recebimento do capital segurado da Garantia de Adiantamento Especial por Doença, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença e Incapacidade Profissional decorrente de Doença Profissional. No caso de recebimento do capital segurado da Garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o cancelamento ou a manutenção do seguro será de acordo com o contrato firmado entre o proponente e a Seguradora.

18.4. A cobertura de cada Segurado será rescindida parcialmente, ficando nula a respectiva garantia nos seguintes casos:

- a) para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingirem ou ultrapassarem o respectivo capital segurado; e
- b) para as garantias de Despesas Médico-Hospitalares e Diárias de Incapacidade Temporária quando as indenizações ou soma das indenizações pagas atingirem ou ultrapassarem os respectivos capitais segurados.

CLÁUSULA 19ª - BENEFICIÁRIOS

19.1. Serão os beneficiários do seguro:

- a) o próprio Segurado, nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial, de Pagamento de Diárias de Incapacidade Temporária e de Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas; e
- b) a pessoa indicada pelo Segurado para exercer essa condição, no caso de Morte.

19.2. O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, desde que o faça por declaração escrita à Seguradora.

19.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do seguro se ficar comprovado o legítimo interesse de a mesma figurar nessa condição.

19.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

19.5. No caso beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto no Artigo 1690 do Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 20ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES

20.1. A inclusão dos Componentes Segurados, Principais e Dependentes, é feita mediante preenchimento e assinatura, pelos proponentes, da proposta de adesão.

Cada Segurado receberá o respectivo Certificado Individual emitido pela Seguradora no início da cobertura individual e em cada uma das renovações, do qual constará os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início e de término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- b) Capital Segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes; e
- c) Prêmio Total Individual.

CLÁUSULA 21ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS

21.1. O Segurado perderá direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

21.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

21.2.2. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer e corrigida na forma do que dispõe a Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações.

21.3. Se o Segurado, seu representante ou seu corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá adotar os seguintes procedimentos:

21.3.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

21.3.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

21.3.1.3. 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.

CLÁUSULA 22ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Constituem obrigações do Estipulante:

fornecer à Seguradora todas as informações solicitadas para fins de análise e aceitação do risco, inclusive os dados cadastrais;

- a) nas alterações da apólice que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou reduzam os seus direitos, ocorridas durante a sua vigência ou no momento da sua renovação, promover o recolhimento das assinaturas de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- b) manter a Seguradora informada sobre possíveis alterações ocorridas nas informações originais;
- c) sempre que solicitado, prestar informações aos segurados relativas ao contrato do seguro;
- d) incluir, nos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, as seguintes informações: o valor do prêmio do seguro, a razão social da Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a notícia de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento da cobertura do seguro;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, uma vez que o não atendimento acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o Estipulante às cominações legais;
- f) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação dos sinistros;
- g) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado; e
- h) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

CLÁUSULA 23ª - REINTEGRAÇÃO

23.1. Se durante a vigência deste seguro ocorrer um ou mais sinistros envolvendo as garantias especificadas nos subitens 23.2 e 23.3, o capital segurado correspondente à cobertura ficará reduzido do valor correspondente à indenização paga ou pendente, a partir da data do evento.

23.2. No caso de Invalidez Permanente Parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional, observado o disposto na alínea "a" do subitem 18.3. da Cláusula 18ª - Rescisão e Alterações do Contrato.

23.3. No caso das garantias de Despesas Médico-Hospitalares e Diárias de Incapacidade Temporária, é facultado ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito, até 7 (sete) dias úteis após a data do sinistro, a reintegração do capital segurado relativamente a cada sinistro, desde que a Seguradora, dentro de 15 (quinze) dias úteis a partir da data da solicitação, não se manifeste em contrário à reintegração. Havendo concordância da Seguradora, será cobrado

prêmio adicional, com base na taxa da respectiva cobertura, proporcionalmente ao período compreendido entre a data do sinistro e do vencimento do seguro.

CLÁUSULA 24ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

24.1. Ocorrendo um sinistro coberto por este seguro, o mesmo deve ser comunicado imediatamente à Seguradora pelo Segurado, seu representante legal ou pelos beneficiários do seguro, por meio do formulário AVISO DE SINISTRO ou por carta registrada ou telegrama, esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

24.2. Da comunicação deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

24.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

24.4. O Segurado ou beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

24.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

24.6. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

24.7. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do capital segurado, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos na Cláusula 25ª - Documentos Mínimos Necessários à Liquidação do Sinistro.

24.8. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora se reserva o direito de solicitar novos documentos e/ou informações complementares, necessários à análise do sinistro. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação do sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

24.9. O não pagamento do capital segurado no prazo previsto nos subitens 24.7 e 24.8, será corrigido de acordo com o que dispõe a Cláusula 15ª - Atualização Monetária das Obrigações.

24.10. A Indenização será paga em forma de parcela única para todas as coberturas, exceto para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária, Diárias de Incapacidade Temporária exclusivamente por Acidente, Diárias de Internação Hospitalar, Diárias de Internação Hospitalar por Acidente e Interrupção de Atividade Profissional.

24.11. Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24.12. Os prazos prescricionais para abertura de sinistro serão aqueles prescritos em lei.

CLÁUSULA 25ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

25.1. Os documentos a seguir relacionados são imprescindíveis para o procedimento da regulação do sinistro.

Assim, conforme a natureza do evento, o Aviso de Sinistro encaminhado à Seguradora, deverá ser acompanhado dos seguintes documentos, originais ou cópias autenticadas:

25.1.1. Nos casos de Morte Natural:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- **Certidão de óbito do segurado;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao óbito - Luz, água, telefone ou extrato de cartão de crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Termo de declaração de herdeiros: colocar grau de parentesco e reconhecer firma em via original. A declaração deverá informar expressamente se o segurado deixou ou não companheira. Não será realizada indenização quando não houver esta informação expressa na declaração;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.**

25.1.2. Nos casos de Morte Acidental

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- **Certidão de óbito do segurado;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao óbito - Luz, água, telefone ou extrato de cartão de crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Laudo de necropsia ou cadavérico;**
- **Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;**
- **Boletim de Ocorrência Policial;**
- **Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Termo de declaração de herdeiros;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.**

- **Observação:** Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico do condutor do veículo;
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;
- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

25.1.3. Nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA)
- Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;
- Radiografias do membro atingido, se for o caso;
- Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Ficha de Registro de Empregado;
- Demonstrativo de Pagamento do mês do sinistro (holerite);
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- **Observação:** Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), do condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo;
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;
- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

Nota 1 : A Invalidez só se caracteriza com a conclusão de todo e qualquer tratamento visando a recuperação do segurado.

Nota 2 : Tratando-se de incapacidade que resulte na impossibilidade do segurado receber indenização e dar quitação ao pagamento, deverá ser apresentada a Certidão de Interdição Judicial e a respectiva nomeação do "Curador".

25.1.4. Nos casos de Invalidez Permanente Funcional Total por Doença

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Ficha de Registro do empregado atualizada com a data de afastamento;
- Comprovante de concessão de aposentadoria e o carnê expedido pelo INSS;
- Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA)
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;

- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
Nota: Tratando-se de doença mental, deverá ser apresentada a Certidão de Interdição Judicial e a respectiva nomeação do "Curador".

25.1.5. Nos casos de Morte de Cônjuge

- Aviso de Sinistro, totalmente preenchido;
 - Certidão de Óbito do sinistrado;
 - RG e CPF do sinistrado;
 - Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do sinistrado;
 - Laudo de Necropsia ou Cadavérico, se realizado;
 - Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - Certidão de Casamento atualizada do segurado;
 - RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA)
 - RG e CPF do segurado;
 - Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
 - Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente).
 - RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
 - Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.
- Observação: Tratando-se de morte por acidente, deverão ser apresentados os demais documentos mencionados para os casos de Morte Acidental.

25.1.6. Nos casos de Morte de Filho

- Aviso de Sinistro, totalmente preenchido;
- Certidão de Óbito do sinistrado;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do sinistrado;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do sinistrado maior;
- Laudo de Necropsia ou Cadavérico, se realizado;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao envio à SURA)
- RG e CPF do segurado;
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

25.1.7. Nos casos de Morte de Pai ou Sogro

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", preenchido e assinado pelo Segurado Principal e pelo Médico Assistente;

- Certidão de Óbito;
- Cédula de Identidade e CPF do Segurado Principal;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.
- Certidão de nascimento do segurado.
- Observação: Tratando-se de morte por acidente, deverão ser apresentados os demais documentos mencionados para os casos de Morte Acidental.

25.1.8. Nos casos de Despesas Médicas Hospitalares Odontológicas (DMH)

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA);
- Originais dos comprovantes de despesas realizadas;
- Exames realizados.
- Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do condutor do veículo
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;
- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho;
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

25.1.9. Nos casos de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado;
- Exames realizados;
- Carta de Concessão emitida pelo INSS.
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), do condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo;
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;
- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

25.1.10. Nos casos de Doenças Graves

- Formulário "Aviso de Sinistro" e Diagnóstico de Médico especializado totalmente preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo Médico, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao envio à SURA);
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;

- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

25.1.11. Nos casos de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Ficha de Registro do empregado atualizada com a data de afastamento;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao envio à SURA);
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

25.1.12. Nos casos de Incapacidade Profissional decorrente de Doença Profissional

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Ficha de Registro do empregado atualizada com a data de afastamento;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao envio à SURA);
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

25.2. Comprovação de Beneficiários;**25.2.1. Para os Pais**

- RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos pais do segurado (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA);

25.2.2. Para o Cônjuge

- Certidão de Casamento (recentemente extraída em Cartório);
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do cônjuge (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA);

25.2.3. Para os Companheiros

- Carta de Concessão de Pensão do INSS ou Registro de Dependência na CTPS (Carteira de Trabalho)

- **Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento de ambos (Segurado e Beneficiário) com averbação de separação judicial.**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos companheiros (Conta de consumo emitida até três meses anteriores ao envio à SURA);**

25.2.4. Para os Filhos

- **Certidão de Nascimento (filhos menores de 16 anos)**
- **Cédula de Identidade e CPF (filhos maiores de 16 anos)**

Filhos maiores de 16 e menores de 18 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou por representante legal e, neste caso, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- **Cédula de Identidade e CPF (Cartão de Identificação do Contribuinte) do representante legal, quando este for pessoa diferente de pai ou mãe sobrevivente, acompanhado do respectivo documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador dos menores.**
- **Comprovante de endereço em nome dos filhos (Conta de consumo emitida em até três meses anteriores ao envio à SURA - Luz, água ou telefone (fixo ou celular) ou extrato de cartão de crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**

25.3. IMPORTANTE

A Seguradora reserva o direito de solicitar outros documentos quando necessários a análise.

Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

CLÁUSULA 26ª – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

26.1. Nos seguros cuja periodicidade de pagamento do prêmio se dê sob a forma mensal, bimestral, trimestral e semestral o não pagamento do prêmio nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará na imediata suspensão da cobertura deste seguro, não se responsabilizando esta Seguradora por qualquer sinistro ocorrido durante o período de inadimplência.

26.2. O prazo máximo de suspensão da cobertura do seguro é de 90 (noventa) dias.

26.2.1. Decorrido esse prazo sem que o Segurado retome o pagamento do prêmio para o período a decorrer, o respectivo Certificado de Segurado ficará cancelado.

26.3. O seguro poderá ser reabilitado, antes do prazo previsto no item 26.2, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Estipulante retomar o pagamento do prêmio.

26.3.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

CLÁUSULA 27ª - FORO

27.1. As questões judiciais, entre Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

SEGUROS



**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA**

1. OBJETO DA COBERTURA:

A presente cobertura garante o pagamento de uma indenização aos beneficiários do Segurado caso este venha a falecer, por qualquer causa natural ou acidental, durante a vigência deste contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Para fins desta cláusula, fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. e da Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

3.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) Inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) Não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações pagas por esta Garantia e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente não se acumulam.

4.2. Se, em consequência de um mesmo evento, o beneficiário da Garantia de Invalidez Permanente por Acidente vier a falecer, a importância já paga pela invalidez será deduzida da indenização devida por sua morte.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Básica.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª, item 3.1 das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- Certidão de óbito do segurado;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores ao óbito);

- Laudo de necropsia ou cadavérico;
- Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Ficha de Registro de Empregado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;
- Termo de declaração de herdeiros;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

8.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente por crime, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE CRIME

2.1 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;**
- b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,**
- c) invalidez decorrente de crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- **Certidão de óbito do segurado;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores ao óbito)**
- **Laudo de necropsia ou cadavérico;**
- **Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;**
- **Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;**
- **Termo de declaração de herdeiros;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.**

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

8.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo crime, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

1. OBJETIVO

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente, desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado estiver entrando, saindo, dirigindo ou andando como passageiro de Veículo Particular, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Veículo particular: qualquer veículo terrestre motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado na categoria de transporte coletivo.

2.2. Transporte Coletivo: transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

2.3. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições da cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. GARANTIA

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) beneficiário (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado exclusivamente em decorrência de causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de táxi ou veículo particular, ou enquanto o Segurado estiver na condição de pedestre, for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e na cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro (a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiárias os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3. Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio e tentativa de suicídio, independentemente da sanidade mental do Segurado.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- **Certidão de óbito do segurado;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores ao óbito)**
- **Laudo de necropsia ou cadavérico;**
- **Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;**
- **Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;**
- **Carteira nacional de habilitação (CNH);**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço):** constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- **Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;**
- **Termo de declaração de herdeiros;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.**

8.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será

suspensão e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

9.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE CICLÍSTICO

1. OBJETIVO

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente ciclístico, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2 Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e na cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

3.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

3.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro (a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

3.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiárias os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

3.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

5.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

5.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

5.3. Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio e tentativa de suicídio, independentemente da sanidade mental do Segurado.

6. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- Certidão de óbito do segurado;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado;

- Laudo de necropsia ou cadavérico;
- Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Ficha de Registro de Empregado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;
- Termo de declaração de herdeiros;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.

6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

7.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA

1. COBERTURA

.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, desde que o acidente ocorra quando o Segurado estiver a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que o Segurado, no momento do acidente, esteja a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- Certidão de óbito do segurado;**

- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores ao óbito)
- Laudo de necropsia ou cadavérico;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Ficha de Registro de Empregado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Certidão de casamento atualizada pós-óbito;
- Termo de declaração de herdeiros;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

8.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL**COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO****1. COBERTURA**

1.1. A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) Beneficiários (s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente de trabalho (típico ou de trajeto), mediante registro de CAT (comunicado de acidente de trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- Certidão de óbito do segurado;**
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores ao óbito);**
- Laudo de necropsia ou cadavérico;**

- **Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;**
- **Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;**
- **Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **CAT – Comunicação do Acidente de Trabalho;**
- **Certidão de casamento atualizada, pós-óbito;**
- **Termo de declaração de herdeiros**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome dos herdeiros (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros.**

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com:

- a) Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo;
- b) Garantia (s) de Morte Por Acidente de qualquer tipo.

8.2. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Por Acidente - IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por Invalidez Por Acidente - IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

1. OBJETO DA COBERTURA

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar ao(s) beneficiário(s) do Segurado, em caso de sua morte por acidente coberto, uma indenização adicional, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, observadas as seguintes condições.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

4. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

c) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e

d) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações pagas por esta Garantia e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.

5.2. Se, em consequência de um mesmo acidente, o beneficiário de qualquer garantia de Invalidez Permanente por Acidente vier a falecer, a importância já paga pela invalidez será deduzida da indenização devida por sua morte.

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou ao seu Representante Legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	MANDIBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7

DIVERSAS	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TORAX	
	APARELHO RESPIRATORIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40

INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ANUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

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

1.2.2. Na falta da indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

1.2.3. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela acima, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.2.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.4.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

1.2.4.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

1.2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.2.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

3.2. No caso de indenização por invalidez permanente parcial por acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com outra (s) indenização (ões) de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

4.2. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte por acidente.

5. CONCESSÃO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

6. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

6.1. O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na Declaração Pessoal de Saúde (D.P.S.).

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cláusula.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM
CONSEQUÊNCIA DE CRIME

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Crime 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, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento:	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7

DIVERSAS	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TORAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGAO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	

Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ANUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

2. CONCEITO DE CRIME

2.1. Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.3 Quando de um mesmo Crime resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.

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

3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

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

3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;**
- b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,**
- c) invalidez decorrente de Crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.2. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;

- b) na data do cancelamento da Apólice; e
- c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE CRIME

9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

- a) Comunicar o Crime à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - I) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do Crime;
 - II) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;
- b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do Crime, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
- c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

10.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida em até três meses anteriores a data do envio à SURA);**
- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- **Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- **Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.**

10.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com outra (s) indenização (ões) de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

11.2. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente decorrente de crime, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a importância já paga será deduzida do valor do capital segurado por morte.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, 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, desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado estiver entrando, saindo, dirigindo ou andando como passageiro de Veículo Particular, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento:	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6

DIVERSAS	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40

INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial		20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva		40
INTESTINO GROSSO		
Colectomia parcial		20
Colectomia total		40
Colostomia definitiva		40
RETO E ÂNUS		
Incontinência fecal sem prolapso		30
Incontinência fecal com prolapso		50
Retenção anal		10
FIGADO		
Lobectomia hepática sem alteração funcional		10
Lobectomia com insuficiência hepática		50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
Epilepsia pós-traumática		20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)		20
Síndrome pós-concussional		5

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª - Definições, das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.

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

3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

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

3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.2. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que o Segurado, no momento do acidente, esteja entrando, saindo, dirigindo ou andando como passageiro de Veículo Particular.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e
- c) com a Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

- a) Comunicar o acidente à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário "Aviso de Sinistros", ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - I - Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;
 - II - A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário "Aviso de Sinistros" totalmente preenchido;
- b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
- c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

10.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;

- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- **Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

10.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com outra (s) indenização (ões) de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

11.2. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE
TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, 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, desde que o acidente ocorra quando o Segurado estiver a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento:	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3

DIVERSAS	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20

Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ANUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª - Definições, das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.

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

3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

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

3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.2. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que o Segurado, no momento do acidente, esteja a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e
- c) com a Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

- a) Comunicar o acidente à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário "Aviso de Sinistros", ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - I - Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;
 - II - A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário "Aviso de Sinistros" totalmente preenchido;
- b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
- c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

10.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (conta de consumo emitida até três meses anteriores a data do envio à SURA);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;

- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- **Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

10.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com outra (s) indenização (ões) de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

11.2. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM
DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, 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 de trabalho (típico ou de trajeto), mediante registro de CAT (comunicado de acidente de trabalho), 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, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento:	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6

DIVERSAS	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40

INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial		20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva		40
INTESTINO GROSSO		
Colectomia parcial		20
Colectomia total		40
Colostomia definitiva		40
RETO E ÂNUS		
Incontinência fecal sem prolapso		30
Incontinência fecal com prolapso		50
Retenção anal		10
FIGADO		
Lobectomia hepática sem alteração funcional		10
Lobectomia com insuficiência hepática		50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
Epilepsia pós-traumática		20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)		20
Síndrome pós-concussional		5

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª - Definições, das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.3 Quando de um mesmo Crime resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.

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

3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

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

3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.2. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e
- c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

a) Comunicar o acidente à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.

I - Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;

II - A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;

b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.

c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;

d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

10.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;**
- **RG, CPF e comprovante de residência (conta consumo: Água, Luz, Telefone fixo e gás) em nome do segurado. Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- **Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**

- Resultado dos exames realizados para a confirmação da incapacidade;
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.

10.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com outra (s) indenização (ões) de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

11.2. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou ao seu Representante legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, relativa à perda ou à impotência funcional total definitiva de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
T O T A L	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

1.2.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao passageiro, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

1.2.1.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total será de 100% (cem por cento).

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1. da Cláusula 2ª - Definições e

na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.**3. CAPITAL SEGUADO**

3.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

3.2. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

3.3. Depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

3.4. No caso de indenização por invalidez permanente por acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4. CONCESSÃO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

5. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

5.1. O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na proposta de adesão.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com qualquer outra indenização oriunda de Garantia (s) de Invalidez Permanente de qualquer tipo.

6.2. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente será deduzida do valor do capital segurado por morte.

7. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

1.1. Esta cláusula adicional, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste seguro a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítila de Crime.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.

2.1.1. Nesse conceito estão incluídos os crimes contra a vida (homicídio) e os crimes contra a **incolumidade** pública (acidentes de trânsito e atropelamento).

2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições constantes da Cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por crime, uma indenização adicional, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do Seguro.

3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente decorrente de crime, não dá direito à indenização prevista nesta cobertura.

3.3. A Invalidez Permanente total por Acidente Vítila de Crime deve ser comprovada através de declaração médica.

3.4. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

3.5. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do evento, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

5. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverá ser apresentada, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Garantia de Invalidez Permanente Total, a Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial.

6. RATIFICAÇÃO:

6.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, esta Cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a perda da sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 3 - Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente dos Riscos Excluídos e observadas as demais disposições do item 11 – Cancelamento do Seguro e as disposições das Condições Gerais.

2. COBERTURA

2.1. Para todos os fins e efeitos desta Cláusula, a perda da existência independente do Segurado será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos indicados no item 6 - Liquidação do Sinistro desta Cláusula e na Cláusula 25ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se como Risco Coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e
- i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4. DEMAIS RISCOS COBERTOS

4.1. Outros quadros clínicos incapacitantes não mencionados no item anterior poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.2. O IAIF é composto por dois documentos:

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

4.2.1.1. 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.

4.2.1.2. Para a classificação no 2º e no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

4.2.2. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.2.2.1. Os itens desta tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula Riscos Excluídos, das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo relacionados:

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

b) exclusivamente para trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais / profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar à atividade profissional;

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

6. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

6.1. No Relatório Médico mencionado no subitem 25.1.4. da Cláusula 23ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais, além de constar as informações e os registros que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos, desta Cláusula, deverá:

a) indicar o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

b) detalhar o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

6.2. Deverão ser anexados, ainda, documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no subitem anterior.

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

6.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

7. DATA DO EVENTO

7.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

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

8. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

8.2. 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.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

9.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.1.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Após o pagamento da indenização da garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a manutenção ou cancelamento da apólice de seguro seguirá as disposições contratuais, conforme contrato firmado entre a Seguradora e o Proponente.

11.2. Na hipótese de o contrato prever o cancelamento, os prêmios eventualmente pagos após efetivada a indenização relativa ao capital segurado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, serão devolvidos atualizados monetariamente na forma do que dispõe a Cláusula 14ª - Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais.

12. CONCEITOS

Para fins e efeitos da cobertura contratada pela presente cláusula, define-se:

12.1. Agravo Mórbito

Piora de uma doença.

12.2. Alienação Mental

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

12.3. Aparelho Locomotor

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

12.4. Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

12.5. Auxílio

A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

12.6. Ato Médico

Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

12.7. Cardiopatia Grave

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

12.8. Cognição

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

12.9. Conectividade com a Vida

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

12.10. Consumpção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

12.11. Dados Antropométricos

No caso da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

12.12. Deambular

Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

12.13. Declaração Médica

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

12.14. Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

12.15. Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

12.16. Doença Crônica

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

12.17. Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

12.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

12.19. Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

12.20. 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.

12.21. Doença Profissional

Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

12.22. Estados Conexos

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

12.23. Etiologia

Causa de cada doença.

12.24. Fatores de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

12.25. Hígido
Saudável.

12.26. Médico Assistente
Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

12.27. Prognóstico
Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas a cerca da duração, evolução e termo de uma doença.

12.28. Quadro Clínico
Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

12.29. Recidiva
Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

12.30. Refratariedade Terapêutica
Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

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

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

13. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Reconhecida a invalidez laborativa total por doença a indenização será paga de uma só vez.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E
ODONTOLÓGICAS**

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a reembolsar, até o limite do capital segurado definido na apólice, as despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento, sob orientação médica, realizado em consequência de acidente coberto, desde que iniciado no máximo até 30 (trinta) dias contados da data de ocorrência do mesmo.

1.1.1. Estão abrangidas por esta Garantia as Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, as Diárias Hospitalares, inclusive UTI's e CTI's, a critério médico, que o segurado efetuar para o seu restabelecimento, em consequência de acidente coberto.

1.2. Fica garantida ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
Desde que preservada a liberdade de escolha do Segurado, poderá a Seguradora apresentar lista de prestadores de serviços médicos e odontológicos conveniados, com o objetivo de facilitar o atendimento ao Segurado.

1.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura vigente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Além das exclusões previstas no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, não estão abrangidas por esta garantia, mesmo que em consequência de acidente coberto, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e dietas especiais;**
- b) despesas com acompanhantes de Segurados com idade superior a 18 (dezoito) anos em regime de internação hospitalar;**
- c) tratamento ministrado pelo Estipulante ou por pessoa empregada ou assalariada do mesmo;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como tratamentos experimentais e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Cirurgia;**
- e) cirurgias plásticas restauradoras que não sejam decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro;**
- f) despesas com aquisição de materiais de osteossíntese (síntese óssea), tais como: placas, hastes, parafusos, pinos, fios metálicos, entre outros.**
- g) despesas como aquisição de órteses, próteses (salvo as próteses pela perda de dentes naturais), muletas, imobilizador sintético, gesso sintético (somente autorizado gesso sintético se o usuário for alérgico a outro material, mediante relatório médico), cadeira de rodas, artefatos dentários, entre outros;**
- h) despesas com materiais, medicamentos e equipamentos não considerados essenciais para o procedimento cirúrgico;**
- i) enfermagem de caráter particular em residência, mesmo que a condição do paciente exija cuidados especiais e/ou extraordinários;**
- j) despesas extraordinárias, tais como: telefonemas, gorjetas, frigobar, danos a objetos, etc.; e**
- k) estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica.**

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica

4. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM
CONSEQUENCIA DE CRIME**

1 COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado, o reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, decorrente exclusivamente de Crime coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2 A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data do Crime.

2. CONCEITO DE CRIME

2.1. Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
- b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
- c) invalidez decorrente de crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

3.2. Estão, ainda, excluídas desta Garantia as despesas decorrentes de:

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

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Garantia representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo sinistro.

5.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Crime.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

7.1. A comprovação de despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

7.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Documentos básicos necessários para Indenização de Sinistros:

- **Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante;**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do segurado;**
- **Ficha de Registro de Emprego;**
- **Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência;**
- **Prescrição / receituário médico;**
- **Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas (ORIGINAIS);**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas.**

8.2. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS -
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

1 COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado, o reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver entrando, saindo, dirigindo ou andando como passageiro de Veículo Particular, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2 A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data do acidente.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

3.2. Estão, ainda, excluídas desta Garantia as despesas decorrentes de:

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

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Garantia representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo sinistro.

5.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver entrando, saindo, dirigindo ou andando como passageiro de Veículo Particular.

7. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

7.1. A comprovação de despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

7.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Documentos básicos necessários para Indenização de Sinistros:

- **Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante;**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do segurado;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;**
- **Prescrição / receituário médico;**
- **Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas (ORIGINAIS);**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas.**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.2. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS
TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA**

1 COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado, o reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, desde que o acidente ocorra quando o Segurado estiver a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2 A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data do acidente.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3.2. Estão, ainda, excluídas desta Garantia as despesas decorrentes de:

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

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Garantia representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo Sinistro.

5.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que o acidente ocorra quando o Segurado estiver a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros.

7. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

7.1. A comprovação de despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

7.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Documentos básicos necessários para Indenização de Sinistros:

- **Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante;**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do segurado;**
- **Ficha de Registro de Emprego;**
- **Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;**
- **Prescrição / receituário médico;**
- **Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas (ORIGINAIS);**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas.**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.2. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM
DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

1 COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado, o reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, decorrente de acidente de trabalho (típico ou de trajeto), mediante registro de CAT (comunicado de acidente de trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2 A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data do acidente.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a)** qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- b)** o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- c)** as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d)** o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- e)** exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- f)** intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
- g)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h)** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Garantia representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo Sinistro.

5.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Garantia abrange os Acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

7.1. A comprovação de despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

7.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Documentos básicos necessários para Indenização de Sinistros:

- **Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante;**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do segurado;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência;**
- **Prescrição / receituário médico;**
- **Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas (ORIGINAIS);**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas.**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.2. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,

b) na data do cancelamento da Apólice.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETO DA COBERTURA

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar diárias por incapacidade temporária ao Segurado, observados os conceitos aplicados a esta garantia conforme item 2 abaixo, que, por motivo de doença ou de acidente pessoal coberto, ficar afastado, contínua e ininterruptamente, do exercício de sua atividade profissional, durante o período que se encontrar sob tratamento médico.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:

2.1. Franquia:

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

A franquia é dedutível, por evento.

2.2. Carência:

É o período de dias estipulado na apólice, contados do início de vigência desta cobertura, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula, nos casos de afastamento da atividade profissional por doença.

A carência não se aplica aos sinistros decorrentes de acidente pessoal.

2.3. Limite de Diárias:

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, conforme estipulado na Apólice, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento das suas atividades profissionais, por evento.

2.4. Atividade Profissional:

É a ocupação declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera sua renda e provém seu sustento.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

3.1. Para efeito de definição da incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora poderá dispor de auditoria médica.

3.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista nestas condições, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

3.2.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

4. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

4.1. O valor unitário de cada diária a ser paga está estipulado na apólice.

4.2. Com base na comunicação e comprovantes do sinistro de acordo com a Cláusula 26ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado:

4.2.2. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de afastamento, que se inicia no 16º (décimo sexto) dia.

4.2.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados quinzenalmente pela Seguradora, tomando-se por base o Relatório Médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 15 (quinze) dias.

4.2.2.2. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de afastamento.

4.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta Cláusula, será aquele que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer sua atividade profissional, não havendo acumulação de valor das diárias.

4.4. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento.

Um novo evento só será reconhecido pela Seguradora, se a sua ocorrência for em data posterior à data do relatório de alta definitiva do médico assistente em relação ao evento anterior.

4.5. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá por alta médica ou por utilização do limite de diárias estabelecido no contrato, o que ocorrer primeiro.

4.6. Se no período máximo de 01 (um) ano, a contar da data do evento que originou o afastamento, for constatada invalidez permanente total do Segurado, por acidente ou doença, do capital segurado devido pela garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou pela Garantia de Invalidez Permanente por Acidente, será deduzido o valor correspondente às diárias de incapacidade temporária recebidas pelo Segurado até a data da confirmação da invalidez permanente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida se a apólice estabelecer, também, as Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e de Invalidez Permanente por Acidente.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE**

1. OBJETO DA COBERTURA

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar diárias por incapacidade temporária ao Segurado, observados os conceitos aplicados a esta garantia conforme item 2 abaixo, que, exclusivamente em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, ficar afastado, contínua e ininterruptamente, do exercício de sua atividade profissional, durante o período que se encontrar sob tratamento médico.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:**2.1. Franquia:**

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

A franquia é dedutível, por evento.

2.2. Limite de Diárias:

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, conforme estipulado na Apólice, a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento das suas atividades profissionais, por evento.

2.3. Atividade Profissional:

É a ocupação declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera sua renda e provém seu sustento.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

3.1. Para efeito de definição da incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora poderá dispor de auditoria médica.

3.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista nestas condições, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

3.2.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

4. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

4.1. O valor unitário de cada diária a ser paga está estipulado na apólice.

4.2. Com base na comunicação e comprovantes do sinistro de acordo com a Cláusula 26ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais e estando

devidamente caracterizada a incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado:

4.2.2. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de afastamento, que se inicia no 16º (décimo sexto) dia.

4.2.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados quinzenalmente pela Seguradora, tomando-se por base o Relatório Médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 15 (quinze) dias.

4.2.2.2. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de afastamento.

4.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta Cláusula, será aquele que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer sua atividade profissional, não havendo acumulação de valor das diárias.

4.4. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento.

Um novo evento só será reconhecido pela Seguradora, se a sua ocorrência for em data posterior à data do relatório de alta definitiva do médico assistente em relação ao evento anterior.

4.5. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá por alta médica ou por utilização do limite de diárias estabelecido no contrato, o que ocorrer primeiro.

4.6. Se no período máximo de 01 (um) ano, a contar da data do evento que originou o afastamento, for constatada invalidez permanente total do Segurado, por acidente, do capital segurado devido pela Garantia de Invalidez Permanente por Acidente, será deduzido o valor correspondente às diárias de incapacidade temporária recebidas pelo Segurado até a data da confirmação da invalidez permanente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida se a apólice estabelecer, também, a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETO DA COBERTURA:

Mediante a contratação da presente cobertura, a Seguradora obriga-se a garantir o pagamento ao Segurado do capital segurado no valor estabelecido na especificação da apólice, em decorrência do **primeiro diagnóstico** comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças a seguir especificadas, diagnosticada (s) durante a vigência do seguro e após o período de carência:

- Câncer (neoplasia maligna)
- Acidente Vascular Cerebral Agudo
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular nas Artérias Coronarianas (Bypass)
- Insuficiência Renal terminal
- Cirurgia para Transplante de Órgãos

Para ser elegível ao recebimento da indenização em razão do evento coberto, o Segurado precisa sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas.

2. CONCEITOS:

Para fins desta cobertura entende-se:

a) Câncer (neoplasia maligna):

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin,

b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:

Obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia).

O diagnóstico de acidente cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou de ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante de:

- HISTÓRIAS DE DORES TORÁCICAS TÍPICAS;
- Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (depressão de ondas, ondas T, Q);
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada (s) ou ocluída (s).

A indicação cirúrgica deve ser respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

e) **Insuficiência Renal Terminal:**

Etapa final de uma doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

f) **Cirurgia para Transplante de Órgãos:**

Cirurgia para transplante total de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

3. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS:

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do Seguros, **NÃO** estão incluídas nas respectivas coberturas:

a) **Câncer (neoplasia maligna):**

- Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- Câncer de próstata no estágio Ia, Ib e IC (carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewet, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5mm);
- Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus de Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- Câncer existente antes da data de início da apólice.

b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo:**

- Ataque isquêmico transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio:**

- 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.

d) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):**

- Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;

- Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:

- Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente visando-se à colocação de um coração verdadeiro no futuro;
- Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- Autotransplante de medula;
- Transplante de células tronco (célula “mãe”);
- Transplante de células-beta do pâncreas; e
- Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

4. PERÍODO DE CARÊNCIA:

Durante o período de 90 (noventa) dias contados do início de vigência desta cobertura o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula.

No caso de solicitação de aumento do Capital Segurado, o período de carência prevalecerá para a parcela de capital aumentada.

5. OUTRAS CONDIÇÕES:

a) Para ser elegível ao recebimento do capital segurado em razão do evento coberto, o Segurado precisa sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas.

b) A idade máxima de permanência será estabelecida em contrato entre as partes.

6. RATIFICAÇÃO:

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diária por Internação Hospitalar por motivo de doença ou de acidente pessoal coberto.

2. GARANTIA

2.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento de um valor diário fixo, proporcional ao período em que se encontrar internado para tratamento médico hospitalizado em uma Instituição Hospitalar, em decorrência de doença ou de acidente pessoal coberto, observados o período de franquia e o limite máximo de diárias por evento constante na apólice e no certificado individual.

2.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.3. Caracteriza-se como hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas e desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subseqüentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

2.5. O número máximo de diárias estabelecido na Especificação da Apólice ou no Certificado de Seguro independe do número de eventos ocorridos durante a vigência e representa o máximo de diárias que será indenizado durante a vigência do certificado.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O âmbito geográfico da presente cobertura está restrito aos acidentes exclusivamente ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no Território Brasileiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados na Cláusula 6ª – Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**

- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

5.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

5.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de, pelo menos, 12 (doze) meses.

5.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

5.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

5.3.1. Estão excluídas desta cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da internação.

6.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

6.3. Com base na documentação e comprovantes, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado:

6.3.1. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de internação.

6.3.1.1. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de internação.

6.3. No caso de múltiplas lesões consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta cláusula, será aquele que determinar o maior período de internação, não havendo, portanto, acumulação de valor de diárias.

7. FRANQUIA DEDUTÍVEL

7.1. Será aplicada uma franquia dedutível, por evento, de até 15 (quinze) dias contados a partir da data de internação, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

8. CARÊNCIA

8.1 É o período de dias estipulado na apólice, contados do início de vigência desta cobertura, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula, nos casos de internação por doença.

A carência não se aplica aos sinistros decorrentes de acidente pessoal.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Diária de Incapacidade Temporária:

a) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.

b) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

10. RATIFICAÇÃO:

10.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cobertura adicional.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR
POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

2. GARANTIA

2.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento de um valor diário fixo, proporcional ao período em que se encontrar internado para tratamento médico hospitalar em uma Instituição Hospitalar, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto, observados o período de franquia e o limite máximo de diárias por evento constante na apólice e no certificado individual.

2.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.3. Caracteriza-se como hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.

2.4 O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

2.5. O número máximo de diárias estabelecido na Especificação da Apólice ou no Certificado de Seguro, independe do número de eventos ocorridos durante a vigência e representa o máximo de diárias que será indenizado durante a vigência do certificado.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O âmbito geográfico da presente cobertura está restrito aos acidentes exclusivamente ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no Território Brasileiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal, tais como: check-up e investigação diagnóstica;**
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**

- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de, pelo menos, 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofrendor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas desta cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da internação.

5.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor máximo a ser indenizável por certificado.

5.3. Com base na documentação e comprovantes, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado:

5.3.1. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de internação.

5.3.1.1. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de internação.

5.4. No caso de múltiplas lesões consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta cláusula, será aquele que determinar o maior período de internação, não havendo, portanto, acumulação de valor de diárias.

6. FRANQUIA DEDUTÍVEL

6.1. Será aplicada uma franquia dedutível, por evento, de até 15 (quinze) dias contados a partir da data de internação, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Diária de Incapacidade Temporária:

- a) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.**
- b) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- c) Se necessário, a Seguradora poderá solicitar relatório médico sobre o detalhamento das consequências do acidente e dos procedimentos adotados na internação.**

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

9. RATIFICAÇÃO:

9.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cobertura adicional.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE
EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME**

1. COBERTURA

A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado Principal ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, em caso de sua hospitalização, em consequência de acidente decorrente de o segurado ter sido vítima de crime ou ato violento, por um período superior à Franquia estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

2.2. Hospitalização: Entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

2.3 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de doença, isto é, o evento mórbido, de causa não acidental, causador de disfunção orgânica, que obrigue o Segurado a receber tratamento médico sob regime de internação hospitalar;**
- b) eventos preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- l) para o evento preexistente declarado na Proposta de Adesão, haverá cobertura após o Segurado ter permanecido na Apólice por um período contínuo de 12 (doze) meses;**
- c) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro;**
- d) ferimentos auto-infligidos;**
- e) complicações decorrentes de gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- f) doenças, anomalias ou más formações congênicas e/ou hereditárias;**
- g) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;**
- h) tratamento odontológico, que não exija internação;**
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias para mudança de sexo, gastroplastia redutora;**
- j) Home Care (internação residencial);**
- k) cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- l) infecção pelo vírus HIV, bem como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas complicações, inclusive quaisquer ocorrências de tumores malignos; doenças sexualmente transmissíveis; convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; doenças**

psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

m) envenenamento de caráter coletivo e epidemias declaradas por órgão competente;

n) realização de exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade e check-up;

o) miopia;

p) acidentes aeronáuticos, exceto quando o Segurado utilizar voos regulares de companhias aéreas, sendo passageiro e responsável pelo pagamento do bilhete;

q) internação em clínica de repouso ou de emagrecimento, SPAs, clínicas hidroterápicas e/ou naquelas que utilizam métodos terapêuticos naturais.

4. CAPITAL SEGUADO

4.1. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6 FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

8. INDENIZAÇÃO

8.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

8.2. Entende-se por diária de internação o período de 24 horas. Para fins deste seguro o período mínimo de internação são 12 horas, no início ou no final do período de internação, comprovado por notas fiscais de pagamento e/ou declaração hospitalar.

8.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:

8.3.1 Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.

8.3.2 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.

8.3.3 Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.

8.3.4 As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

8.3.4.1 Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 24.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto no item 24.8, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

8.4 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo médico assistente;**
- b) Declaração Hospitalar Oficial, com a indicação do período de internação, horário de entrada (baixa) e de saída (alta);**
- c) Certidão de óbito, no caso de falecimento;**
- d) Cópia da certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;**
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;**
- f) Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.4.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8.4.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

9.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.

9.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.

9.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

9.3.1 A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes a análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE
DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

1. COBERTURA

A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado Principal ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, em caso de sua hospitalização, em consequência de acidente decorrente de acidente automobilístico, por um período superior à Franquia estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

2.2. Hospitalização: Entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

a) qualquer tipo de doença, isto é, o evento mórbido, de causa não acidental, causador de disfunção orgânica, que obrigue o Segurado a receber tratamento médico sob regime de internação hospitalar;

b) eventos preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;

l) para o evento preexistente declarado na Proposta de Adesão, haverá cobertura após o Segurado ter permanecido na Apólice por um período contínuo de 12 (doze) meses;

c) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro;

d) ferimentos auto-infligidos;

e) complicações decorrentes de gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;

f) doenças, anomalias ou más formações congênitas e/ou hereditárias;

g) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;

h) tratamento odontológico, que não exija internação;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias para mudança de sexo, gastroplastia redutora;

j) Home Care (internação residencial);

k) cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;

l) infecção pelo vírus HIV, bem como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas complicações, inclusive quaisquer ocorrências de tumores malignos; doenças sexualmente transmissíveis; convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

m) envenenamento de caráter coletivo e epidemias declaradas por órgão competente;

n) realização de exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade e check-up;

o) miopia;

p) acidentes aeronáuticos, exceto quando o Segurado utilizar voos regulares de companhias aéreas, sendo passageiro e responsável pelo pagamento do bilhete;

q) internação em clínica de repouso ou de emagrecimento, SPAs, clínicas hidroterápicas e/ou naquelas que utilizam métodos terapêuticos naturais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

8. INDENIZAÇÃO

8.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

8.2. Entende-se por diária de internação o período de 24 horas. Para fins deste seguro o período mínimo de internação são 12 horas, no início ou no final do período de internação, comprovado por notas fiscais de pagamento e/ou declaração hospitalar.

8.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:

8.3.1 Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.

8.3.2 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.

8.3.3 Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.

8.3.4 As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

8.3.4.1 Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 24.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto nos itens 9.3.4 e 9.3.4.1, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

8.4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- a) **Aviso de Sinistro, preenchido pelo médico assistente;**
- b) **Declaração Hospitalar Oficial, com a indicação do período de internação, horário de entrada (baixa) e de saída (alta);**
- c) **Certidão de óbito, no caso de falecimento;**
- d) **Cópia da certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;**
- e) **Cópia do RG e CPF do Segurado;**
- f) **Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.4.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8.4.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

9.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.

9.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.

9.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

9.3.1 A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes a análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM
TRANSPORTES PÚBLICOS COM PASSAGEM PAGA**

1. COBERTURA

A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado Principal ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, em caso de sua hospitalização, em consequência de acidente coberto, desde que o acidente ocorra quando o Segurado estiver a bordo como passageiro de transporte público, com passagem paga, devidamente licenciado por uma autoridade competente para transporte de passageiros, por um período superior à Franquia e após cumprir o período de Carência estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

2.2. Hospitalização: Entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer tipo de doença, isto é, o evento mórbido, de causa não acidental, causador de disfunção orgânica, que obrigue o Segurado a receber tratamento médico sob regime de internação hospitalar;**
- b) eventos preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- I - para o evento preexistente declarado na Proposta de Adesão, haverá cobertura após o Segurado ter permanecido na Apólice por um período contínuo de 12 (doze) meses;**
- c) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro;**
- d) ferimentos auto-infligidos;**
- e) complicações decorrentes de gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- f) doenças, anomalias ou más formações congênicas e/ou hereditárias;**
- g) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;**
- h) tratamento odontológico, que não exija internação;**
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias para mudança de sexo, gastroplastia redutora;**
- j) Home Care (internação residencial);**
- k) cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- l) infecção pelo vírus HIV, bem como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas complicações, inclusive quaisquer ocorrências de tumores malignos; doenças sexualmente transmissíveis; convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; doenças**

psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

m) envenenamento de caráter coletivo e epidemias declaradas por órgão competente;

n) realização de exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade e check-up;

o) miopia;

p) acidentes aeronáuticos, exceto quando o Segurado utilizar voos regulares de companhias aéreas, sendo passageiro e responsável pelo pagamento do bilhete;

q) internação em clínica de repouso ou de emagrecimento, SPAs, clínicas hidroterápicas e/ou naquelas que utilizam métodos terapêuticos naturais.

4. CAPITAL SEGUADO

4.1. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6 FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

8. INDENIZAÇÃO

8.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

8.2. Entende-se por diária de internação o período de 24 horas. Para fins deste seguro o período mínimo de internação são 12 horas, no início ou no final do período de internação, comprovado por notas fiscais de pagamento e/ou declaração hospitalar.

8.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:

8.3.1 Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.

8.3.2 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.

8.3.3 Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.

8.3.4 As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

8.3.4.1 Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 24.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto no item 24.8, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

8.4 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo médico assistente;**
- b) Declaração Hospitalar Oficial, com a indicação do período de internação, horário de entrada (baixa) e de saída (alta);**
- c) Certidão de óbito no caso de falecimento;**
- d) Cópia da certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;**
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;**
- f) Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.4.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8.4.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

9.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.

9.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.

9.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

9.3.1 A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes a análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM
DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

1. COBERTURA

A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado Principal ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, em caso de sua hospitalização, em consequência de acidente decorrente exclusivamente de acidente de trabalho (típico ou de trajeto), mediante registro de CAT (comunicado de acidente de trabalho), por um período superior à Franquia estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

2.2. Hospitalização: Entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

a) qualquer tipo de doença, isto é, o evento mórbido, de causa não acidental, causador de disfunção orgânica, que obrigue o Segurado a receber tratamento médico sob regime de internação hospitalar;

b) eventos preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;

b1) para o evento preexistente declarado na Proposta de Adesão, haverá cobertura após o Segurado ter permanecido na Apólice por um período contínuo de 12 (doze) meses;

c) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro;

d) ferimentos auto-infligidos;

e) complicações decorrentes de gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;

f) doenças, anomalias ou más formações congênitas e/ou hereditárias;

g) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;

h) tratamento odontológico, que não exija internação;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias para mudança de sexo, gastroplastia redutora;

j) Home Care (internação residencial);

k) cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;

l) infecção pelo vírus HIV, bem como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas complicações, inclusive quaisquer ocorrências de tumores malignos; doenças sexualmente transmissíveis; convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

m) envenenamento de caráter coletivo e epidemias declaradas por órgão competente;

n) realização de exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade e check-up;

o) miopia;

p) acidentes aeronáuticos, exceto quando o Segurado utilizar voos regulares de companhias aéreas, sendo passageiro e responsável pelo pagamento do bilhete;

q) internação em clínica de repouso ou de emagrecimento, SPAs, clínicas hidroterápicas e/ou naquelas que utilizam métodos terapêuticos naturais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

8. INDENIZAÇÃO

8.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

8.2. Entende-se por diária de internação o período de 24 horas. Para fins deste seguro o período mínimo de internação são 12 horas, no início ou no final do período de internação, comprovado por notas fiscais de pagamento e/ou declaração hospitalar.

8.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:

8.3.1 Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.

8.3.2 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o

cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.

8.3.3 Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.

8.3.4 As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

8.3.4.1 Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 24.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.3.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto no item 24.8, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

8.4 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo médico assistente;**
- b) Declaração Hospitalar Oficial, com a indicação do período de internação, horário de entrada (baixa) e de saída (alta);**
- c) Certidão de óbito, no caso de falecimento;**
- d) Cópia da certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;**
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;**
- f) Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.4.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8.4.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

9. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

9.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.

9.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.

9.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

9.3.1 A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

9.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes a análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE (OU CENTRO) DE TERAPIA INTENSIVA (UTI OU CTI) DECORRENTE DE ACIDENTE

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado Principal ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, no caso do mesmo necessitar de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva), em consequência de acidente, por um período superior à Franquia e após cumprir o período de Carência estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO

2.1 Unidade (ou Centro) de Terapia Intensiva (UTI ou CTI): é a denominação de uma dependência hospitalar específica, adequada do ponto de vista operacional, técnico e profissional, responsável pela manutenção das condições vitais de pacientes que apresentam estados fisiológicos críticos, que requeiram controles clínicos e tratamentos médico e paramédico permanentes e intensivos.

2.2. Hospitalização: entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) eventos preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
 - a1) para o evento preexistente declarado na Proposta de Adesão, haverá cobertura após o Segurado ter permanecido na Apólice por um período contínuo de 12 (doze) meses;**
- b) doenças e/ou acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro;**
- c) ferimentos auto-infligidos;**
- d) complicações decorrentes de gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial; salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) doenças, anomalias ou más formações congênitas e/ou hereditárias;**
- f) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;**
- g) tratamento odontológico, que não exija internação;**
- h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias para mudança de sexo, gastroplastia redutora;**
- i) Home Care (internação residencial);**
- j) cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- k) infecção pelo vírus HIV, bem como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas complicações, inclusive quaisquer ocorrências de tumores malignos; doenças sexualmente transmissíveis; convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- l) envenenamento de caráter coletivo e epidemias declaradas por órgão competente;**

m) realização de exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade e check-up;

n) miopia;

o) acidentes aeronáuticos, exceto quando o segurado utilizar voos regulares de companhias aéreas, sendo passageiro e responsável pelo pagamento do bilhete;

p) internação em clínica de repouso ou de emagrecimento, SPAs, clínicas hidroterápicas e/ou naquelas que utilizam métodos terapêuticos naturais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. CARÊNCIA

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

7.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a Garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

7.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidente.

8. OUTROS SEGUROS

8.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

9. INDENIZAÇÃO

9.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

9.2. Entende-se por diária de internação o período de 24 horas. Para fins deste seguro o período mínimo de internação são 12 horas, no início ou no final do período de internação, comprovado por notas fiscais de pagamento e/ou declaração hospitalar.

9.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:

9.3.1 Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.

9.3.2 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.

9.3.3 Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.

9.3.4 As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

9.3.4.1 Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, na forma do disposto no item 9.4.1, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 9.3.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

9.3.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto nos itens 9.3.4 e 9.3.4.1, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

9.4 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- a) Aviso de Sinistro totalmente preenchido pelo médico assistente;**
- b) Declaração Hospitalar Oficial, com a indicação do período de internação, horário de entrada (baixa) e de saída (alta);**
- c) Certidão de óbito em caso de falecimento;**
- d) Cópia da certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;**
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado.**
- f) Em caso de acidente automobilístico, enviar carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era condutor do veículo envolvido;**
- g) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;**
- h) Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, quando necessário;**
- i) Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- j) Resultado dos exames realizados;**
- k) Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível, enviar cópia do cartão da conta corrente) ou dos beneficiários, em caso de falecimento;**
- l) Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiário (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

9.4.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

9.4.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

10. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

10.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.

10.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.

10.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

10.3.1 A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

10.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes à análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações pagas por esta Garantia não se acumulam com as demais garantias pagas por qualquer outra Diária de Internação Hospitalar.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

12.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e,
- b) na data do cancelamento da Apólice.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR
DOENÇA**

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, esta Cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado a antecipação do capital segurado contratado para a garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Laborativa Permanente Total, consequente de Doença, sob critérios devidamente especificados no item 3 - Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente dos Riscos Excluídos e observadas as demais disposições do item 10 – Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Gerais.

2. COBERTURA

2.1. Para todos os fins e efeitos desta Cláusula, é considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos indicados na Cláusula 26ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A cobertura será caracterizada quando, em decorrência de doença que acometer o Segurado, o mesmo ficar incapacitado para o exercício da sua atividade laborativa principal. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do período de um ano, a contar retroativamente à data do evento que deu origem à invalidez laborativa pleiteada pelo Segurado. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.2. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

Esta proibição estende-se aos segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os segurados que se aposentarem durante a vigência do seguro deverão comunicar imediatamente este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio do seguro.

3.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, para fins desta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade (s) profissional (is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento pregresso à contratação deste seguro;**
- c) as doenças agravadas por traumatismos;**

5. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

5.1. No Relatório Médico mencionado no subitem 26.1.5. da Cláusula 26ª – Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais, além de constar as informações e os registros que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos, desta Cláusula, também deverá constar:

a) Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

b) Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a invalidez laborativa permanente total por doença do Segurado.

5.2. Deverão ser anexados, ainda, documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no subitem anterior.

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

5.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

6. DATA DO EVENTO

6.1. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

6.2. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado, em documento especificamente destinado a esse fim, e, na sua ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou avaliação do estado de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

7.2. A junta médica tratada neste item será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

7.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Reconhecida a invalidez laborativa total por doença a indenização será paga de uma só vez.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de Morte, bem como o presente seguro.

10.2. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente na forma do que dispõe a Cláusula Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais.

10.3. Caso não seja comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observado as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL
CLÁUSULA ADICIONAL INCAPACIDADE PROFISSIONAL DECORRENTE DE DOENÇA PROFISSIONAL

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, esta Cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado a antecipação do capital segurado contratado, em caso de incapacidade profissional do mesmo, consequente de Doença Profissional, sob critérios devidamente especificados no item 3 - Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente dos Riscos Excluídos e observadas as demais disposições do item 10 – Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Gerais.

2. COBERTURA

2.1. Para todos os fins e efeitos desta Cláusula, é considerada incapacidade profissional por doença profissional aquela produzida ou desencadeada pela atividade laborativa peculiar à determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social.

Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos indicados na Cláusula 26ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A cobertura será caracterizada quando, em decorrência de diagnóstico positivo de doença profissional que acometer o Segurado, o mesmo ficar incapacitado para o exercício da sua atividade laborativa principal. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do período de um ano, a contar retroativamente à data do evento que deu origem à incapacidade profissional por doença profissional pleiteada pelo Segurado.

3.2. Não podem configurar como segurados, para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os segurados que se aposentarem durante a vigência do seguro deverão comunicar imediatamente este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio do seguro.

3.3. A aposentadoria por invalidez concedida por poli social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, comprovação da incapacidade profissional decorrente de doença profissional, para fins desta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) as doenças agravadas por traumatismos;**
- c) doenças profissionais pré-existentes de conhecimento do Segurado, não declarada na proposta do seguro;**

5. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

5.1. No Relatório Médico mencionado no subitem 26.1.6. da Cláusula 26ª – Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais, além de constar as informações e os registros que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença

que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos, desta Cláusula, também deverá constar:

a) indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

b) detalhamento do quadro clínico incapacitante decorrente de disfunções e/ou insuficiências em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a incapacidade profissional decorrente de doença profissional do segurado.

5.2. Deverão ser anexados, ainda, documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico da doença profissional, incluindo laudos e resultados de exames.

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

5.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

6. DATA DO EVENTO

6.1. A data do diagnóstico da doença profissional será a indicada na Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

6.2. A data do diagnóstico da doença profissional será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado, em documento especificamente destinado a esse fim, e, na sua ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe restado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou avaliação da incapacidade profissional ou da doença que possa ter gerado essa incapacidade, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

7.2. A junta médica tratada neste item será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

7.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade profissional decorrente de doença profissional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Reconhecida a incapacidade profissional decorrente de doença profissional, a indenização será paga de uma só vez.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Se, em decorrência de doença profissional coberta, o Segurado ficar permanentemente inválido com consequente aposentadoria, o mesmo será excluído da apólice.

10.2. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de

aposentadoria serão devolvidos, atualizados monetariamente na forma do que dispõe a Cláusula Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais.

10.3. Caso não seja comprovada a invalidez permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observado as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – RIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir o pagamento, até o limite de rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado nas Condições Contratuais deste Seguro e ratificado na Apólice, somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais do Seguro, e também:

a) Lesões de Esforço Repetitivo (L.E.R.); Distúrbios Osteomusculares crônicos Relacionados com o Trabalho (DORT), e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo; Síndrome do impacto (ombro); Dor Articular; Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas.

b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 2.4.

e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;

g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Hospitalização para check-up;

i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais;

k) Síndrome do Pânico;

l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

- m) **Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os decorrentes de acidentes, ocorridos durante a vigência da apólice;**
- n) **Cirurgias para esterilização;**
- o) **Qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 07 (sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida;**
- p) **Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- q) **Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
- r) **As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- s) **As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose;**
- t) **As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- u) **Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- v) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- w) **Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;**
- x) **Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.**
- y) **O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 2.5.**

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cobertura Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

2.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

2.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Rendas cobertas por esse Seguro.

2.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

2.5 Para fins do recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de parto ou aborto e suas consequências declarados serem decorrentes de acidente, não haverá cobertura quando for constatado que o evento causador do fato não está relacionado com o acidente sofrido.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dias da data do afastamento, se houver franquia, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

4.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

4.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

5.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

5.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;**
- **RG, CPF e comprovante de residência (conta consumo: água, luz, telefone fixo e gás) em nome do segurado. Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se for o caso de acidente e o segurado era o condutor do veículo na ocasião;**
- **Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- **Resultado dos exames realizados;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

5.4. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

5.5. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

5.6 A documentação anteriormente mencionada não é exaustiva, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares.

solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

5.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

5.7.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

6. PAGAMENTO DA RENDA

6.1 O Capital Segurado será devido quando o Segurado completar 1 (um) mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30 (trinta), 60 (sessenta) e/ou 90 (noventa) dias respectivamente, de acordo com o período previsto de afastamento.

6.1.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais, observado o número de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro.

6.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o segurado permanecer afastado do trabalho, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de atividade laborativa remunerada, o que ocorrer primeiro.

6.3 O valor da Renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

6.3.1 Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será realizado proporcionalmente à renda comprovada, não cabendo a devolução do prêmio recolhido pela Seguradora.

6.4 O pagamento das rendas por incapacidade temporária respeitará o limite máximo de até 03 (três) rendas, conforme descrito no item 4.1, ainda que a alta médica do segurado não tenha ocorrido.

6.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento do Capital Segurado, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas na cláusula 18ª das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice;
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;

- d) Com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado;
- f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e
- h) Se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

8. LIMITE DE RENDA

8.1 É a quantidade máxima de rendas a que o Segurado terá direito, a contar do 30º (trigésimo) dia da data de início do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 03 (três) rendas de 30 dias (cada), observados os itens 6.1 a 6.2 desta Condição Adicional.

8.2 Não serão permitidos acúmulos de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.2.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de 03 (três) rendas.

8.2.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Rendas por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite de 03 (três) rendas, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior.

8.2.2.1 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

8.2.3 Não se aplica a limitação do subitem 6.1.1, se o evento gerador do sinistro se tratar de novo acidente e compreender um período distinto do pleiteado, visto que haverá reintegração do capital.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 O pagamento desta Cobertura Adicional não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

10.3 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

CLAUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE
DE ACIDENTE – RIT ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir o pagamento, até o limite de rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado nas Condições Contratuais deste Seguro e ratificado na Apólice, somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de recebimento desta cobertura adicional, deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais do Seguro, e também:

a) Lesões de Esforço Repetitivo (L.E.R.); Distúrbios Osteomusculares crônicos Relacionados com o Trabalho (DORT), e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo; Síndrome do impacto (ombro); Dor Articular; Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas.

b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 2.4.;

e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;

g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Hospitalização para check-up;

i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais;

k) Síndrome do Pânico;

- l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- m) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os decorrentes de acidentes, ocorridos durante a vigência da apólice;**
- n) Cirurgias para esterilização;**
- o) Qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 07 (sete) dias, quando houver contratação da franquia reduzida;**
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose;**
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- v) Ceratomia (cirurgia para correção de miopia);**
- w) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;**
- x) Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.**
- y) O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 2.5.**

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cobertura Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

2.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

2.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Rendas cobertas por esse Seguro.

2.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

2.5 Para fins do recebimento do Capital Segurado relativo às Rendas por Incapacidade Temporária, no caso de parto ou aborto e suas consequências declarados serem decorrentes de acidente, não haverá cobertura quando for constatado que o evento causador do fato não está relacionado com o acidente sofrido.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dias da data do afastamento, se houver franquia, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

4.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

4.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

5.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

5.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido pelo médico;**
- **RG, CPF e comprovante de residência (conta consumo: água, luz, telefone fixo e gás) em nome do segurado. Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se for o caso de acidente e o segurado era o condutor do veículo na ocasião;**
- **Comunicação de acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência, quando necessário;**
- **Radiografias do membro atingido, se for o caso;**
- **Resultado dos exames realizados;**
- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

5.4. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

5.5. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

5.6 A documentação anteriormente mencionada não é exaustiva, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares.

solicitados, e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

5.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

5.7.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

6. PAGAMENTO DA RENDA

6.1 O Capital Segurado será devido quando o Segurado completar 1 (um) mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30 (trinta), 60 (sessenta) e/ou 90 (noventa) dias respectivamente, de acordo com o período previsto de afastamento.

6.1.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais, observado o número de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro.

6.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o segurado permanecer afastado do trabalho, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de atividade laborativa remunerada, o que ocorrer primeiro.

6.3 O valor da Renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. Ocorrendo eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

6.3.1 Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será realizado proporcionalmente à renda comprovada, não cabendo a devolução do prêmio recolhido pela Seguradora.

6.4 O pagamento das rendas por incapacidade temporária respeitará o limite máximo de até 03 (três) rendas, conforme descrito no item 4.1, ainda que a alta médica do segurado não tenha ocorrido.

6.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento do Capital Segurado, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas na cláusula 16ª das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice;
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;

- d) Com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado;
- f) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- g) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e
- h) Se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

8. LIMITE DE RENDA

8.1 É a quantidade máxima de rendas a que o Segurado terá direito, a contar do 30º (trigésimo) dia da data de início do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 03(três) rendas de 30 dias (cada), observados os itens 4.1 a 4.2 desta Condição Adicional.

8.2 Não serão permitidos acúmulos de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.2.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de 03 (três) rendas.

8.2.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Rendas por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite de 03 (três) rendas, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior.

8.2.2.1 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

8.2.3 Não se aplica a limitação do subitem 6.1.1, se o evento gerador do sinistro se tratar de novo acidente e compreender um período distinto do pleiteado, visto que haverá reintegração do capital.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cobertura Adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 O pagamento desta Cobertura Adicional não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

10.3 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA – AED

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir a antecipação do pagamento de um capital segurado, relativo à cobertura de Morte, ao Segurado, ao seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais do Seguro.

1.1.1 Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência independente do Segurado, por motivo de doença, somente nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem VII.

1.2 Considera-se o segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades previstas no item 2 desta cobertura adicional.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertas as enfermidades abaixo descritas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença, tais como:

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

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

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

III - Doenças Terminais.

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

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

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

V - Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutiva restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento do órgão salvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física

de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI – Doenças Crônicas

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

VII - Perda de existência independente do segurado

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

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

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

2.2.1 A concessão desta garantia não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

2.2.2 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 3.12 e cláusula 6ª das Condições Gerais do Seguro.

2.2.3 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos da cláusula 14ª das Condições Gerais do Seguro. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Para fins de recebimento desta cobertura adicional deverão ser observados os dispositivos contidos na relação dos Riscos Excluídos do item 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais do Seguro.

3.2 Além dos Riscos Excluídos contidos nas alíneas do subitem anterior estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

- a) Insuficiência cardíaca congênita de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação;**
- b) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas; e**
- c) 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.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto.

4.2 O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente, com o início de vigência do seguro.

5.1.1 Quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência do seguro, vigorará a partir da data da sua contratação e não retroagirá à data da vigência inicial do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas na cláusula 16 das Condições Gerais do Seguro e também:

- a) Com o cancelamento da Apólice de Seguro;
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d) Com a ocorrência da Morte;
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e
- f) Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional.

7. TAXA

A taxa cobrada para esta cobertura está indicada nas Condições Contratuais do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, a seguradora, via formulário "AVISO DE SINISTRO", por carta, fax, telegrama ou e-mail.

8.2 Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

- **Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante;**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do segurado;**
- **Ficha de Registro de Empregado;**
- **Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;**
- **Prescrição / receituário médico;**
- **Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas (ORIGINAIS);**
- **RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores a data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas.**

- **Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo responsável pelo pagamento das despesas (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

8.4. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8.5. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

8.6 A documentação anteriormente mencionada não é exaustiva, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação a constituição de junta médica.

8.7.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cobertura adicional abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Aplicam-se a esta cobertura adicional, no que não conflitar, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais do Seguro.

10.2 Para que seja possível a contratação desta cobertura adicional, é obrigatória a contratação da cobertura básica.

CLÁUSULA ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA DE OSSOS

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros SURA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de fratura de ossos, decorrente de Acidente Pessoal, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins deste Seguro, o conceito de acidente pessoal, se encontra definido na cláusula 3ª – Definições, contidas nas Condições Gerais deste plano de seguro. Além disso, entende-se como:

2.1.1. Fratura Completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

2.1.2. Fratura Múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

2.1.3. Fratura Complexa: fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

2.1.4. Fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso.

2.1.5. Fratura de Dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

3. GARANTIA

3.1. O risco coberto por esta condição especial é a de Fratura de Ossos do segurado em consequência de um acidente pessoal ocorrido durante ao período de vigência do seguro.

3.2. O capital segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura/garantia, serão de acordo os percentuais demonstrados abaixo, aplicados sobre o valor do capital segurado, definido para a cobertura/garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Quadril, Pelve, Pescoço	Até 10,00%
Crânio, Omoplata	Até 10,00%
Fêmur, Clavícula, Esterno	Até 10,00%
Úmero, Patela, Cotovelo	Até 10,00%
Antebraço, Perna, Mandíbula	Até 10,00%
Pulso, Malar, Tornozelo, Mãos, Pés	Até 10,00%
Vértebra, Costelas	Até 10,00%

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Excluem-se desta garantia, além do disposto no item 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais deste plano de seguro, as ocorrências decorrentes de:

a) Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).

b) Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo.

4.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

4.3. Constada condição pré-existente, não declarada na proposta, e de pleno conhecimento do segurado, a cobertura estará suspensa, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta da vítima do segurado.

5. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

5.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

5.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) assinado pelo médico que assistiu ao segurado, com firma reconhecida;**
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
- d) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado;**
- e) relatório do médico assistente, atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado, incluindo radiografia, e indicando a data do evento;**
- f) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;**
- g) evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento;**
- h) ocorrência policial, quando houver.**

6.5. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8., voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CLAUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o reembolso de até 50% (cinquenta por cento) do valor contratado para a cobertura de morte, em caráter de antecipação dessa última, de forma cumulativa para vários sinistros, em caso de gastos cirurgias decorrentes de acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4. CAPITAL SEGUADO

4.1 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo até três meses anteriores ao óbito - Luz, água ou telefone (fixo ou celular) ou extrato de cartão de**

crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;

- Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente, se for o caso;**
- Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez total e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização por Morte ou Invalidez Permanente por Acidente.

8.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do acidente.

8.3 Não haverá reintegração para esta garantia.

8.4 Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Permanente por Acidente.

8.5. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR
INVALIDEZ**

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular tenha uma invalidez permanente total por acidente, em consequência exclusivamente de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos previstos no item 3.1.2 ou na cláusula 6ª das Condições Gerais.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
T O T A L	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

1.2.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao passageiro, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

1.2.1.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total será de 100% (cem por cento).

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 2.1. da Cláusula 2ª - Definições e na Cláusula 5ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal coberto, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. CONCESSÃO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

5. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

5.1. O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na proposta de adesão.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTES OCORRIDOS
EM BICICLETA

2. OBJETIVO

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado, o pagamento de uma indenização, em consequência exclusiva de acidente ciclístico, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e na cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O capital segurado será aquele que prevalecer na data do sinistro.

3.2 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Formulário de informações cadastrais totalmente preenchido e assinado segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado.

4.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE**

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, em consequência exclusiva de invalidez permanente total total por acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;**
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;**
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.**
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O capital segurado será aquele que prevalecer na data do sinistro.

4.2 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado;
- Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

- Relatório médico definindo a invalidez permanente e total;
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e
- b) na data do cancelamento da Apólice;

8. REINTEGRACAO DE GARANTIA

Essa cobertura não prevê reintegração.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CLÁUSULA ESPECIAL
COBERTURA SUPLEMENTAR DE AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO**

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregador, em caso de afastamento acidentário laborativo do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em consequência de acidente de trabalho (típico ou do trajeto), mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. As indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas depois de decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado e à distribuição deste Capital entre o empregado e empregador.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência do seguro;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**

- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) Acidente Vascular Cerebral;
- l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- m) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;
- n) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- o) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- p) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

6.1. A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

7.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas na cláusula 16ª das Condições Gerais.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cláusula será não-contributário, sendo este previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9.2. As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**11.1 Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:**

- **Aviso de sinistro totalmente preenchido;**
- **RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo até três meses anteriores ao sinistro - Luz, água ou telefone (fixo ou celular) ou extrato de cartão de crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;**
- **Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado (s);**
- **Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;**
- **Cópia da Ficha de Registro de Empregado;**
- **Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;**
- **Cópia do requerimento de auxílio-doença do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS;**
- **Comprovante da consulta do Estipulante junto a Previdência Social da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado.**
- **Cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1-Típico ou 3-Trajetos;**
- **Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;**
- **Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;**
- **Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).**

11.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

11.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL GARANTIA SUPLEMENTAR DE INTERRUPÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

1. CONCEITO:

1.1 Para os fins desta cláusula, a Interrupção da Atividade Profissional se dá com a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivada por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigentes.

2. GARANTIA:

2.1 A presente cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do número de rendas contratadas de valor correspondente à importância especificada na apólice, quando da ocorrência do desemprego do Segurado.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO:

3.1 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais que possam comprovar a manutenção de vínculo empregatício ininterrupto com o mesmo empregador nos últimos 12 (doze) meses.

Esta cobertura garante apenas uma interrupção da atividade profissional do Segurado a cada período de 12 (doze) meses.

4. FRANQUIA:

4.1 Haverá um período de franquias de até 31 (trinta e um) dias consecutivos, conforme definido em contrato, a contar da data de desligamento sem justa causa do Segurado junto ao seu empregador, no qual o segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula.

5. CARENÇA:

5.1 Haverá uma carência inicial de até 3 (três) meses, conforme definido em contrato, a contar da data de vencimento da primeira parcela do seguro, independentemente da data do pagamento, durante o qual o segurado não terá direito à percepção desta.

6. COMPROVAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (DESEMPREGO):

No aviso à Seguradora e durante o período de pagamento de cada parcela, a interrupção da atividade profissional é comprovada mediante apresentação da Carteira Profissional juntamente com o atestado da empresa informando o motivo da demissão.

Os documentos necessários são:

- cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- original da carteira ou do contrato de trabalho do segurado, constando a anotação de rescisão contratual; e
- cópia do extrato do FGTS dos últimos (doze) meses ou dos respectivos holerites quando os primeiros não estiverem disponíveis.

7. PESSOAS NÃO ABRANGIDAS POR ESTA COBERTURA:

7.1 Empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço; Profissionais Liberais, Autônomos, Proprietários ou Sócios de Empresas; e Estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado.

8. CESSAÇÃO DA GARANTIA:

8.1 A cobertura concedida por esta cláusula cessará, ainda, nos seguintes casos:

- com o cancelamento da apólice;
- com o cancelamento desta cláusula;
- com a ocorrência da Morte ou da Invalidez Permanente do Segurado;

9. RISCOS EXCLUÍDOS:

9.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 6ª das Condições Gerais, são também excluídos da cobertura concedida por esta cláusula, os seguintes riscos:

- a) demissão por justa causa;**
- b) demissão de funcionários que já tenham tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;**
- c) demissão a pedido do funcionário;**
- d) desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o funcionário se desligue da Empresa.**

10. ÂMBITO TERRITORIAL:

10.1. A cobertura concedida por esta cláusula está restrita ao território nacional e só se mantém enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

11. RATIFICAÇÃO:

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, ficam incluídos nesta apólice os cônjuges dos segurados principais do grupo segurado.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Equiparam-se aos cônjuges, os companheiros (as) dos segurados principais na forma da legislação vigente.

2.2. Não podem ser incluídos na Garantia concedida pela presente cláusula, os cônjuges ou companheiros (as) que já façam parte do grupo segurado como segurados principais.

3. CAPITAL SEGUADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula referente à garantia básica está limitado ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

4. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começa a vigorar:

- a) para os cônjuges admitidos no grupo segurado simultaneamente com o segurado principal: a partir da data do início da cobertura do risco individual do segurado principal;
- b) se a data de inclusão desta cláusula na apólice for em data posterior à data de admissão do segurado principal no grupo segurado: a data da aceitação da Seguradora.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. A indenização por morte devida por esta garantia suplementar será paga ao componente principal.

5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge, os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- d) com a morte do Segurado Principal;
- e) com a cessação da condição de cônjuge.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica garantido o pagamento de uma indenização ao Segurado Principal, exclusivamente no caso de falecimento do (s) seu (s) filho (s).

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Para os efeitos desta cláusula, consideram-se incluídos na apólice, os filhos do Segurado Principal com idade máxima de 24 (vinte e quatro) anos.

2.1.2. Equiparam-se aos filhos do Segurado, seus enteados ou os menores considerados seus dependentes econômicos pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

2.2. Quando o pai e a mãe forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos só poderão ser incluídos uma única vez como dependentes daquele de maior capital segurado, passando este a ser, para efeitos desta cláusula, o segurado/componente principal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

4. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começa a vigorar:

- a) para os filhos admitidos no grupo segurado simultaneamente com o segurado principal: a partir da data do início da cobertura do risco individual do segurado principal;
- b) se a data de inclusão desta cláusula na apólice for em data posterior à data de admissão do componente principal no grupo segurado: a data da aceitação da Seguradora.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização devida por esta Garantia Suplementar será paga ao segurado principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge, os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

7. CANCELAMENTO DA GARANTIA

7.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges;
- d) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;

e) com a morte do Segurado Principal;

f) com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL DO
CÔNJUGE**

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar ao componente principal, em caso de morte do cônjuge, por acidente coberto, uma indenização adicional limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta garantia, conforme definido nas Condições Gerais da Apólice, observadas as seguintes condições.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

4. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações pagas por esta Garantia e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.

5.2. Se, em consequência de um mesmo acidente, o beneficiário de qualquer garantia de Invalidez Permanente por Acidente vier a falecer, a importância já paga pela invalidez será deduzida da indenização devida por sua morte.

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

6.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica do Cônjuge.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. A indenização devida por esta Garantia Suplementar será paga ao componente principal.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE DO CÔNJUGE

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou a seu Representante Legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta garantia, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
T O T A L	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
PARCIAL 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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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 dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	MANDIBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7

DIVERSAS	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelha	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINARIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TORAX	
	APARELHO RESPIRATORIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40

INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ANUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

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

1.2.2. Na falta da indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

1.2.3. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela acima, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.2.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.4.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

1.2.4.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

1.2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.2.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGUADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

4.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte por acidente.

5. CONCESSÃO DA COBERTURA

5.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica do Cônjuge.

6. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

6.1. O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na Declaração Pessoal de Saúde (D.P.S.) constante na proposta de adesão.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE

1. COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica garantido, até o limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, o reembolso das despesas realizadas com o funeral em caso de morte do Segurado.

1.2. O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

2. CONCEITO

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições da cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

4.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

4.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

5. CAPITAL SEGUADO

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

6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

6.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

6.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, independentemente da sanidade mental do Segurado.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do responsável pelo custeio das despesas com o funeral;
- c) cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado (ou seu familiar coberto falecido);
- d) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, com firma reconhecida;
- e) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado (em caso de falecimento do segurado ou cônjuge);
- f) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários; e
- g) comprovantes originais das despesas tidas com o funeral.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Vida em Grupo. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR EM CASO DE MORTE

1. COBERTURA

1.1. A presente Cláusula, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir, o pagamento de uma indenização ou reembolso das despesas com funeral ao custeador devidamente comprovado das despesas quando ocorrer a morte do segurado, seu cônjuge (ou companheiro (a)), filhos com idade até 21 anos ou até 24 anos, se, nesta última hipótese for comprovadamente universitário, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.2. O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

2. CONCEITO

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições da cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

4.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação deles pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

4.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

6.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

6.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, independentemente da sanidade mental do Segurado.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do responsável pelo custeio das despesas com o funeral;
- c) cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado (ou seu familiar coberto falecido);
- d) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, com firma reconhecida;
- e) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado (em caso de falecimento do segurado ou cônjuge);
- f) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários; e
- g) comprovantes originais das despesas tidas com o funeral.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Vida em Grupo. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, a título de auxílio alimentação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO**

1. OBJETO DA GARANTIA:

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro, de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, a título de auxílio educação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização garantida pela presente cláusula será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL

GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO NATALIDADE

GARANTIA GABARITADA

1.1. A presente Cláusula, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas cobertas, limitado ao valor de 25% do Capital Segurado para a cobertura básica, em caso de nascimento de filho com vida do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.2. Serão reembolsáveis as seguintes despesas, ocorridas em até 90 (noventa) dias a contar da data do nascimento da (s) criança (s) e diretamente vinculadas ao mesmo:

- a) fraldas, vacinas e exames devidamente comprovados por notas fiscais;
- b) consultas médicas pediátricas, devidamente comprovadas por recibo emitido pelo médico;
- c) medicamentos e suplementos alimentares, previstos expressamente em receita médica.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Garantia os mesmos riscos excluídos pelos itens 3.1.2 e cláusula 6ª das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado por esta garantia, para cada filho do Segurado nascido vivo durante o período de vigência, será estabelecido na Apólice e constará do Certificado Individual.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do (s) filho (s) vivo (s) do Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Carência, a mesma será definida em período de dias e constará no Contrato e na Proposta de Adesão.

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

4.3. A Carência não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela Apólice.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Essa garantia abrange os nascimentos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Cópia do CPF e RG do Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento do (s) filho (s) do Segurado nascido (s) com vida;
- Receitas médicas, recibos e notas fiscais originais das despesas cobertas em nome do recém-nascido.

6.2. Entretanto, em caso de dúvida fundada e justificável, fica reservada a seguradora o direito de solicitar outros documentos que julgue necessários. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo que trata o item 24.8. – Pagamento da Indenização das Condições Gerais, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

6.3. Todos os documentos, quando permitidos em cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado:

- a) com a morte do Segurado;
- b) quando o Estipulante solicitar, por escrito, o cancelamento desta garantia relativamente a todos os segurados; e,
- c) na data do cancelamento da Apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXILIO MEDICAMENTOS DECORRENTES DE
ACIDENTE OCORRIDO EM HORÁRIO DE TRABALHO**

1. COBERTURA

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir o reembolso de despesas com medicamentos, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente exclusivamente de acidente de trabalho (típico), mediante registro de CAT (comunicado de acidente de trabalho), limitado ao valor de 10% da Cobertura Básica por apólice, quando este ocorrer no período de horário de trabalho, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido na cláusula 3ª – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O capital segurado será aquele que prevalecer na data do sinistro.

4.2 Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo até três meses anteriores ao óbito - Luz, água ou telefone (fixo ou celular) ou extrato de cartão de crédito/conta corrente do banco). Na inexistência de comprovante enviar declaração com firma reconhecida em cartório, juntamente com cópia da conta consumo;
- Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelos herdeiros (se possível enviar cópia do cartão da conta corrente).

6.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiário (s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

6.3 Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados; e
- b) na data do cancelamento da Apólice;

8. REINTEGRACAO DE GARANTIA

A Seguradora procedera a reintegração automática da garantia de Auxílio Medicamentos após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado.

9.2 Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo despesas com Auxílio Medicamentos, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

9.3 Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE RESCISÃO CONTRATUAL**

1. OBJETO DA GARANTIA:

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do Segurado Principal, a reembolsar o Estipulante do seguro, pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, pelas despesas ocorridas com a rescisão contratual do Segurado falecido.

1.2. Esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com a rescisão contratual em caso de morte, que devem ser devidamente comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, bem como mediante a apresentação do termo de rescisão do contrato de trabalho.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL GARANTIA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica garantido o pagamento de uma indenização ao Segurado Principal conforme indicado no contrato, exclusivamente no caso de nascimento de filho portador de doença congênita prevista nesta cláusula, durante a vigência do seguro, respeitado o prazo de carência, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Doenças Congênitas: aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa. Para os efeitos desta cláusula, a doença deverá ser caracterizada por atestado médico substanciado.

2.2. Data do Evento: para efeito de determinação do capital segurado, será considerada a data do evento, a data do diagnóstico médico da doença congênita.

2.3. Quando o pai e a mãe forem segurados principais do mesmo grupo segurado, a indenização é devida somente para um deles, quando for o caso, para aquele que apresentar maior capital segurado, passando este a ser, para efeitos desta cláusula, o segurado / segurado principal.

2.4. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos com doença congênita.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão cobertas pela garantia concedida pela presente cláusula, as seguintes doenças congênitas:

- Má formação do sistema nervoso: central e periférico;
- Má formação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
- Má formação da traqueia e dos pulmões;
- Má formação dos rins;
- Má formação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- Má formação dos membros superiores e inferiores (excluindo torcicolo e pé torto);
- Má formação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e
- Anomalias cromossomais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. A indenização devida por esta Garantia Suplementar será paga ao segurado principal.

6. CARÊNCIA

6.1. Corresponde ao prazo de 3 (três) meses a partir do início de vigência do seguro do Segurado ou da inclusão dessa cobertura suplementar, sendo que somente estarão cobertos os

casos em que não se tenha conhecimento da doença ou da anomalia durante o período de gestação e até a conclusão do período de carência.

7. CANCELAMENTO DA GARANTIA

7.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- d) com a morte do Segurado Principal.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Fica entendido e acordado que além de todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura concedida pela presente cláusula, os filhos natimortos.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Após o pagamento da indenização o capital segurado será automaticamente reintegrado.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE DESPESAS DIVERSAS**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte por qualquer causa do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, para custeio de despesas diversas.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do titular ocorrida durante o período gestacional, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o responsável legal pelo nascituro de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura.

1.2. Quando o titular do seguro for do sexo masculino, a indenização será devida, desde que, o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1 Nascituros: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2 Natimorto: é o feto que morre ainda no ventre materno ou durante o parto.

2.3. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do nascimento do bebê.

2.4. Responsável Legal: Pai, mãe ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.5 Em caso de gestação múltipla, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Fica entendido e acordado que além de todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão também excluídos da cobertura concedida pela presente cláusula:

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;**
- b) Natimorto;**
- c) Adoção.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O capital segurado garantido por esta Cláusula equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 A indenização devida por esta Garantia Suplementar será paga ao responsável legal pelo nascituro.

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL DE
FILHOS**

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica garantido o pagamento de uma indenização ao Segurado Principal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta garantia, exclusivamente no caso de falecimento do (s) seu (s) filho (s) em decorrência de acidente coberto.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Para os efeitos desta cláusula, consideram-se incluídos na apólice, os filhos do Segurado Principal com idade máxima de 24 (vinte e quatro) anos.

2.1.2. Equiparam-se aos filhos do Segurado, seus enteados ou os menores considerados seus dependentes econômicos pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

2.2. Quando o pai e a mãe forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos só poderão ser incluídos uma única vez como dependentes daquele de maior capital segurado, passando este a ser, para efeitos desta cláusula, o segurado/componente principal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

4. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. CONCESSÃO DA COBERTURA

5.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica do Filho.

6. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começa a vigorar:

- a) para os filhos admitidos no grupo segurado simultaneamente com o segurado principal: a partir da data do início da cobertura do risco individual do segurado principal;
- b) se a data de inclusão desta cláusula na apólice for em data posterior à data de admissão do componente principal no grupo segurado: a data da aceitação da Seguradora.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. A indenização devida por esta Garantia Suplementar será paga ao segurado principal.

7.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do filho, os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

8. CANCELAMENTO DA GARANTIA

8.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;

- c) com o cancelamento da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos;
- d) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- e) com a morte do Segurado Principal;
- f) com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR REEMBOLSO DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR
AFASTAMENTO ACIDENTAL DO FUNCIONÁRIO**

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, a pagar o reembolso das despesas realizadas pelo empregador para a contratação de mão de obra temporária, até o limite do Capital Segurado, em caso de afastamento acidentário laborativo do empregado, que estiver em gozo do benefício de auxílio doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em consequência de acidente de trabalho (típico ou do trajeto), mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os conceitos aplicados a esta garantia conforme item 2 abaixo:

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:**2.1. Acidente Laborativo:**

É o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico:

Acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto:

Acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4. Carência:

É o período de dias estipulado na apólice, contados do início de vigência desta cobertura, durante o qual o Estipulante não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula, nos casos de afastamento da atividade profissional por acidente.

2.5. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT):

É o documento emitido pelo Estipulante ao Ministério do Trabalho para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

2.6. Limite de Diárias:

É a quantidade máxima de diárias que o Estipulante fará jus, conforme estipulado na Apólice, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento das atividades profissionais do segurado acidentado, por evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- b) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;**
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- d) Acidente Vascular Cerebral;**
- e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- f) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;**

- g) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- h) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- i) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado garantido por esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1. A cobertura prevista nesta cláusula começa a vigorar para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

7.2. Não haverá reintegração de capital para casos de reabertura de CAT, ou seja, quando houver ~~em~~ tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS:

9.1. Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo até três meses anteriores ao sinistro);
- Boletim de ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, com a descrição detalhada da ocorrência do acidente;
- Ficha de Registro de Empregado;
- Requerimento de auxílio-doença/acidentário do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS;
- Comprovante da consulta do Estipulante junto a Previdência Social da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado;
- CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- Resultado dos exames de dosagem alcoólica/toxicológica;
- Carteira nacional de habilitação (CNH), se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

- **Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado;**
- **Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**

9.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR REEMBOLSO DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR
AFASTAMENTO EM DECORRÊNCIA DE LICENÇA MATERNIDADE**

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, a pagar o reembolso das despesas realizadas pelo empregador para a contratação de mão de obra temporária, até o limite do Capital Segurado, em caso de afastamento em decorrência de licença maternidade da empregada, que estiver em gozo do benefício de auxílio maternidade concedido pelo órgão responsável, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:

2.1. Carência:

É o período de dias estipulado na apólice, contados do início de vigência desta cobertura, durante o qual o Estipulante não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula, nos casos de afastamento da atividade profissional por acidente.

2.2. Franquia:

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

A franquia é dedutível, por evento.

2.3. Licença Maternidade:

É o período em que a mulher que está para prestes a ter um filho, acabou de ganhar um bebê ou adotou uma criança permanece afastada do trabalho.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado garantido por esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

3.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento da Segurada das atividades laborativas por ela exercidas, em decorrência exclusiva da licença maternidade concedida pelo órgão responsável,

4. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. A cobertura prevista nesta cláusula começa a vigorar para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CANCELAMENTO DA GARANTIA

5.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos mencionados nos itens 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura dessa Garantia:

- a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- b) epidemias. pandemias. envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa**

física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

d) Acidente Vascular Cerebral;

e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

f) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

g) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

h) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

i) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

7.2. Não haverá reintegração de capital para casos de prorrogação da licença maternidade, ou seja, quando houver início de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS:

9.1. Documentos básicos necessários para Indenização de sinistros:

- Aviso de sinistro totalmente preenchido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado (Conta de consumo até três meses anteriores ao sinistro);
- Ficha de Registro de Empregado;
- Requerimento de auxílio maternidade do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS;
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente totalmente preenchido e assinado pelo segurado;

9.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao Estipulante outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.8. Das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO FUNERAL DE PAIS E/OU SOGROS**

1. COBERTURA

1.1. A presente Cláusula, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir, o pagamento de uma indenização ou reembolso das despesas com funeral ao custeador devidamente comprovado das despesas quando ocorrer a morte dos pais do e /ou de seus sogros do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.2. O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.**

2. CONCEITO

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições da cláusula 3ª -Definições das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 3.1.2 e Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte dos pais e/ou sogros do Segurado.

5. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Certidão de óbito;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do segurado;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do falecido;
- RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável pelo custeio das despesas havidas com o funeral;
- certidão de casamento do segurado (em caso de falecimento dos sogros);
- comprovantes originais das despesas havidas com o funeral.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da Seguros Sura S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CLÁUSULA ESPECIAL
GARANTIA SUPLEMENTAR DE RESCISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ
PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

1. OBJETO DA GARANTIA:

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal, a reembolsar o Estipulante do seguro, pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, pelas despesas ocorridas com a rescisão contratual do Segurado inválido.

1.2. Esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com a rescisão contratual em caso de invalidez permanente total por acidente, que devem ser devidamente comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, bem como mediante a apresentação do termo de rescisão do contrato de trabalho.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente garantia suplementar

CONDIÇÕES PARTICULARES
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

1. Após o término de vigência da apólice, no prazo estabelecido no subitem 2 abaixo, a Seguradora procederá, a distribuição de excedentes técnicos desta apólice de acordo com as condições a seguir definidas:

2. A distribuição dos excedentes técnicos se realizará, após o término de vigência do seguro, depois de pagas todas as faturas da apólice, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultado técnico.

3. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se:

3.1 Como Receitas:

- a) os prêmios de competência, líquidos de cancelamentos, de devoluções e dos emolumentos, correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) as recuperações de sinistros pagas pelo ressegurador no período;
- c) no caso de renovação, o estorno de sinistros computados no exercício anterior e definitivamente não devidos; e
- d) no caso de renovação, o estorno da Reserva de Sinistros Ocorridos mas não Avisados (IBNR) computada no exercício anterior e definitivamente não realizada.

3.2. Como Despesas:

- a) os prêmios de resseguro cedidos ao ressegurador no período;
- b) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- c) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- d) as comissões de angariação pagas durante o período;
- e) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f) a Reserva de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) constituída no exercício;
- g) as despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante; e
- h) no caso de renovação, o saldo negativo do exercício anterior, ainda não compensado.

4. As receitas e as despesas serão corrigidas monetariamente até a data da apuração do resultado técnico, pela variação do índice estabelecido na Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais, a partir das seguintes datas:

- a) do respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora, para sinistros;
- c) do respectivo recebimento, para recuperações;
- d) das respectivas datas de constituição e de reversão, para IBNR;
- e) da respectiva data de apuração, para o saldo negativo anterior; e
- f) da data em que incorreram, para as despesas de administração.

5. O resultado apurado pela diferença entre as Receitas e as Despesas acima especificadas, será atualizado monetariamente, desde o término do período de apuração estabelecido no subitem 25.2. desta cláusula e até a data do efetivo pagamento do excedente técnico, pelo índice estabelecido na Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais.

6. Só terá direito à participação dos excedentes técnicos, os grupos segurados que mantiveram, durante a vigência da apólice, em 500 ou mais, a média de número dos Segurados principais.

7. Destina-se aos Segurados e/ou ao Estipulante, como Distribuição do Excedente Técnico, o percentual estipulado na proposta de contratação e no contrato para a presente cláusula do resultado apurado pelo critério estabelecido no subitem 3 acima.

8. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, cuja distribuição se dará através do Estipulante ou pela forma definida pelo mesmo.