

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA BILHETE

Novembro/2025

Processo SUSEP: 15414.618366/2023-40 Versão 3.0

EZZE Seguros CNPJ 31.534.848/0001-24 Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 10o andar

Vila Nova Conceição São Paulo - SP CEP:04543-000 11 2110 5500

EZZE SEGUROS.
A GENTE
SE IMPORTA.

Sumário

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	5
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS.....	8
CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS	9
CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	11
CLÁUSULA 8ª - CAPITAL SEGURADO.....	12
CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	13
CLÁUSULA 10ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	13
CLÁUSULA 11ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS.....	13
CLÁUSULA 12ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
CLÁUSULA 13ª - CANCELAMENTO E SUSPENÇÃO DA COBERTURA	14
CLÁUSULA 14ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	15
CLÁUSULA 15ª - BENEFICIÁRIOS.....	16
CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	16
CLÁUSULA 17ª - VIGÊNCIA DO SEGURO	18
CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	18
CLÁUSULA 19ª - PERDA DE DIREITO	19
CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA	20
CLÁUSULA 21ª - REGIME FINANCEIRO	21
CLÁUSULA 22ª - SUB-ROGAÇÃO	21
CLÁUSULA 23ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	21
CLÁUSULA 24ª - FORO	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	23

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	26
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	33
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD) ..	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADIANTAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA EM FASE TERMNAL	59
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	60
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)	66
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	71
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	73
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	77
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)	82
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVES (DDG)	90
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER -FEMININO	96
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER -	98
MASCULINO	98
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M	101
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M	103

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB-MA.....	105
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AUX-N).....	107
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI).....	108

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;
- 1.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou seus beneficiários de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e nas disposições legais aplicáveis.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

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

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a. as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos –

LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

- d. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido na alínea “d” anterior.

Agravamento de risco: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

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

Aviso de sinistro: Comunicação imediata e formal que o Segurado ou Beneficiário deve fazer à Seguradora, por qualquer meio idôneo, ao tomar ciência da ocorrência de um sinistro ou de sua iminência, com o intuito de permitir a adoção de medidas para mitigar prejuízos e iniciar o processo de regulação do sinistro.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

Bilhete de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento da proposta, nos termos da legislação específica.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Prazo de Carência: Período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura, durante o qual, caso ocorra o sinistro (evento coberto), o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento de indenização.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação (quando houver), das Condições Gerais, das Condições Especiais, do Bilhete do Seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover

Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal e Saúde: Documento formal integrante no processo de contratação e/ou resultante da Tele-entrevista em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro. A Tele-entrevista é realizada por médicos e/ou enfermeiros especializados.

Doenças ou Lesões Preexistentes: Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada no processo de contratação e/ou Tele-entrevista.

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

Endosso de reenquadramento: Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Hospital: Estabelecimento legalmente habilitado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior.

Não se entendem como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou ainda local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do evento coberto (Sinistro), limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada.

Má-fé: Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc).

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

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

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e

administração, apurados nesse mesmo período.

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Risco coberto: É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

Seguradora: É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.2. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:

- a. Morte (Natural ou Acidental) (M);
- b. Morte Acidental (MA);
- c. Morte Acidental vítima de Crime (MAVC);
- d. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- e. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Vítima de Crime (IPAVC);
- f. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- g. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTAVC);
- h. Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);
- i. Invalidez Permanente Laboral por Doença (ILPD);
- j. Reembolso de Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença- (RCDAD);
- k. Adiantamento Especial por Doença em Fase Terminal - (AEDFT);
- l. Condições Especiais de Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP);
- m. Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT);
- n. Adaptação Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV);
- o. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
- p. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- q. Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
- r. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);

- s. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
- t. Diagnóstico de Doenças Graves – (DDG);
- u. Queimadura Grave (QG);
- v. Diagnóstico de Câncer Feminino
- w. Diagnóstico de Câncer Masculino
- x. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- y. Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);
- z. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- aa. Auxílio Natalidade
- bb. Desemprego Involuntário

4.3. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto.

4.3.1. A cobertura de adiantamento Especial por Doença em Fase Terminal que somente poderá ser contratada quando contratada a cobertura de morte.

4.3.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

4.3.3. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas no Bilhete.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a. Uso de material nuclear para explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má-fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, Beneficiário ou Representante de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se também aos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, estipulantes, beneficiários e respectivos representantes;
- c. De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d. Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- e. Doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;

- f. Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
 - g. Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - i. Tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
 - j. Choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
 - k. Hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
 - l. Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
 - m. Perda de dentes e danos estéticos;
 - n. Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.
 - o. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
 - p. Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
 - q. Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - r. Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
 - s. Lucros cessantes, paralisação de atividades ou perda de mercado, salvo se cobertos expressamente em cláusula específica.
 - t. Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
 - u. Atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
 - v. Valores relativos a multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal.
- 5.2.** Na hipótese de provocação dolosa do sinistro, o Segurado perderá o direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo a obrigação de quitar o prêmio devido, bem como de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

5.3. Além dos Riscos Excluídos acima, deverão ser considerados os constantes na Cláusula das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS da respectiva cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A contratação do Bilhete de Seguro deverá ser feita por meio de solicitação feita pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

6.1.1. A emissão do Bilhete de Seguro, ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da sua solicitação.

6.2. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que na data da contratação do seguro tenham idade dentro dos limites e demais critérios estabelecidos pela Seguradora.

6.3. O pagamento do prêmio total do Bilhete de Seguro formaliza a contratação do seguro.

6.4. O Bilhete de Seguro, será emitido com base nas declarações prestadas pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

6.5. Se os dados do Bilhete de Seguro estiverem diferentes dos informados na contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Bilhete de Seguro emitido.

6.6. Nos Bilhetes de Seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do Bilhete de Seguro.

6.7. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

6.8. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

6.9. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

6.10. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

7.2. O Bilhete vigorará por no mínimo 1 (um) mês e no máximo 60 (sessenta) meses a partir da data de pagamento do prêmio e disposto no respectivo Bilhete.

7.3. Os Bilhetes terão seu início e fim de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, sendo que o início de vigência do Bilhete será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio do seguro e o término da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data informada no Bilhete de Seguro ou a data do cancelamento do Bilhete ou a data de falecimento do Segurado, o que

ocorrer primeiro.

7.4. Neste seguro não haverá renovação.

CLÁUSULA 8ª - CAPITAL SEGURADO

8.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido no Bilhete de Seguro.

8.2. O valor do Capital Segurado contratado não poderá ser alterado durante a vigência do Bilhete, exceto por atualização monetária (quando couber), conforme disposto no item ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.

8.3. Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

8.4. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a. Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental : a data do falecimento.
- b. Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO); Queimadura Grave (QG); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental (AXCB-MA); Auxílio Adaptação Casa e/ou Veículo Por Invalidez por acidente (ADPTINV-AC): a data do acidente.
- c. Para as coberturas de Invalidez Funcional Permanente por Doença, Invalidez Laboral Permanente por Doença e Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT) considera-se como data do evento, a data da constatação da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
- d. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
- e. Para as coberturas de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD); A data da internação.
- f. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD-UTI) a data da internação na UTI;
- g. Para a cobertura de Doença Grave (DG), Diagnóstico de Câncer Feminino – (DCF), Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM) a data do diagnóstico, mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.
- h. Para a cobertura de Adiantamento Especial por Doença em fase Terminal: a data da constatação do diagnóstico de fase terminal, mediante comprovação por laudo médico elaborado por profissional habilitado;
- i. Para a cobertura de Reembolso de Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença (RCDAD), a data da cirurgia;
- j. Para a cobertura de Auxílio Natalidade e de Filhos Póstumos, será a data de nascimento

do filho;

- 8.5.** Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** Não há reintegração para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 9.2.** Para as garantias de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) a reintegração do Capital Segurado será automática.

CLÁUSULA 10ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 10.1.** Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 11ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 11.1.** FRANQUIA: Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida no Bilhete e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.
- 11.2.** CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência do Bilhete ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.
- 11.2.1.** Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definida no Bilhete, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Seguro e será contado a partir do início de vigência individual.
- 11.2.2.** Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.
- 11.2.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 12ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1.** A periodicidade de pagamento do Bilhete poderá ser mensal, ou único e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura, e será descrito no mesmo.
- 12.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.
- 12.3.** A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º

(trigésimo) dia da emissão no Bilhete de Seguro, e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

12.4. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista no Bilhete.

12.5. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

CLÁUSULA 13ª - CANCELAMENTO E SUSPENSÃO DA COBERTURA

13.1. Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:

13.2. A falta do pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.2.1. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada para o seu vencimento, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão Automática da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.3. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação realizada, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

13.4. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de qualquer parcela do prêmio que não seja a primeira implicará, conforme a escolha do Segurado ou de seus beneficiários, feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação de inadimplemento:

- a. na redução proporcional da garantia; ou
- b. na devolução da reserva matemática constituída.

13.5. Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

13.6. Na hipótese de extinção total do interesse segurado, o contrato será resolvido, com a devolução proporcional do prêmio, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

13.7. Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato de seguro, o segurado ou o tomador fará jus à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provada a ocorrência de má-fé.

13.8. Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

- 13.9.** A Seguradora enviará notificação prévia ao Segurado por meio idôneo que comprove o recebimento, alertando sobre a necessidade de quitação das parcelas em atraso, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias para a purgação da mora, contado do recebimento da notificação.
- 13.10.** Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo acima terá início na data da frustração da notificação.
- 13.11.** Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência descrita no subitem anterior, não terão cobertura, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.
- 13.12.** A reabilitação no Bilhete de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.
- 13.13.** Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.
- 13.14.** O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência da Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 13.15.** Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.
- 13.16.** Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.
- 13.17.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

CLÁUSULA 14ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 14.1.** Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado previsto no item ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.
- 14.2.** A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.
- 14.3.** Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 15ª - BENEFICIÁRIOS

- 15.1.** Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- 15.2.** Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 16.1.** Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:
- I. Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena do evento;
 - II. Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção ou salvamento;
 - III. Prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.
- 16.2.** O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 16.3.** O descumprimento culposo dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 16.4.** É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.
- 16.5.** O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.
- 16.6.** O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.
- 16.7.** A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 16.8.** Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.
- 16.9.** Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o

sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

- 16.10.** A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.
- 16.11.** Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.ezseseguros.com.br.
- 16.12.** Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.
- 16.13.** Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item "Documentos para Regulação dos Sinistros".
- 16.13.1.** Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item "Documentos para Regulação dos Sinistros", inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.13 será suspenso, voltando a ser contado a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 16.13.2.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 16.13.3.** Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.3 e 16.3.1., a Seguradora pagará multa conforme disposto na item ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.
- 16.13.4.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 16.14.** Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.
- 16.14.1.** Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.

16.14.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, 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.

16.14.3. 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.

16.14.4. 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.

16.15. Perícia da Seguradora

16.15.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

16.15.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

16.15.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

CLÁUSULA 17ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

17.1. O Bilhete de seguro terá o seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

17.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a. com a morte ou invalidez total e permanente do Segurado;
- b. com o cancelamento do Bilhete de Seguro;
- c. por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;
- d. automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- e. pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;
- f. automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;

g. por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos nessas Condições Gerais.

18.2. Além das hipóteses já elencadas, as coberturas de Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento quando contratadas, cessarão quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 19ª - PERDA DE DIREITO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a. se agravar intencionalmente o risco
- b. inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- c. fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- d. dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e. inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f. não fornecimento da documentação solicitada.

19.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea "a" do subitem 19.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- 19.4.** Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.
- 19.5.** Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.
- 19.6.** O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 19.7.** A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível .
- a. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
- 19.8.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

20.1. Atualização Monetária

- 20.1.1.** Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.
- 20.1.2.** A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.
- 20.1.3.** No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGP-M-IBGE (índice de geral de preços de mercado – do instituto brasileiro de estatística) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

20.2. Mora

- 20.2.1.** No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, serão devidos juros de 0,033% ao dia, limitado a 12% (doze por cento) ao ano, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.
- 20.2.2.** A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 60 dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.

20.2.3. Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

20.2.4. Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

CLÁUSULA 21ª - REGIME FINANCEIRO

21.1. Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora.

CLÁUSULA 22ª - SUB-ROGAÇÃO

22.1. Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

CLÁUSULA 23ª – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1. As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 24ª – FORO

24.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0,00%	39	8,54%	6,58%	64	9,76%	10,24%	89	8,71%	11,69%
15	2,66%	7,93%	40	10,30%	7,41%	65	10,35%	10,21%	90	8,46%	11,12%
16	2,82%	7,34%	41	11,75%	8,05%	66	10,82%	10,05%	91	8,19%	10,45%
17	2,75%	7,37%	42	12,77%	8,66%	67	11,21%	9,84%	92	7,92%	9,75%
18	3,12%	7,35%	43	13,41%	9,23%	68	11,48%	9,69%	93	7,64%	9,03%
19	3,67%	6,85%	44	13,58%	9,48%	69	11,54%	9,83%	94	7,37%	8,33%
20	3,96%	6,84%	45	13,25%	9,82%	70	11,46%	10,24%	95	7,10%	7,66%
21	4,01%	6,00%	46	12,67%	10,22%	71	11,26%	10,79%	96	6,84%	7,01%
22	4,43%	6,04%	47	12,01%	10,24%	72	10,99%	11,41%	97	6,59%	6,39%
23	4,43%	6,05%	48	11,26%	10,52%	73	10,69%	11,99%	98	6,63%	6,18%
24	4,59%	5,37%	49	10,61%	10,47%	74	10,49%	12,41%	99	6,87%	6,30%
25	4,05%	5,41%	50	10,03%	10,41%	75	10,37%	12,65%	100	7,28%	6,68%
26	3,73%	4,83%	51	9,52%	10,21%	76	10,30%	12,76%	101	7,79%	7,23%
27	3,13%	4,32%	52	9,06%	9,97%	77	10,27%	12,74%	102	8,36%	7,91%
28	2,43%	3,87%	53	8,61%	9,82%	78	10,23%	12,67%	103	8,94%	8,65%
29	1,78%	3,46%	54	8,21%	9,62%	79	10,18%	12,65%	104	9,51%	9,39%
30	1,02%	3,34%	55	7,88%	9,49%	80	10,10%	12,67%	105	10,02%	10,10%
31	0,72%	2,99%	56	7,54%	9,44%	81	10,00%	12,69%	106	10,46%	10,72%
32	0,14%	2,66%	57	7,22%	9,41%	82	9,89%	12,69%	107	10,83%	11,25%
33	0,14%	2,59%	58	6,98%	9,38%	83	9,76%	12,67%	108	11,11%	11,67%
34	0,14%	2,98%	59	7,06%	9,48%	84	9,61%	12,62%	109	11,31%	11,98%
35	0,28%	3,12%	60	7,35%	9,65%	85	9,45%	12,55%	110	11,42%	12,18%
36	2,13%	3,89%	61	7,86%	9,81%	86	9,28%	12,44%	111	11,47%	12,28%
37	4,17%	4,78%	62	8,47%	10,04%	87	9,11%	12,31%	112	11,46%	12,30%
38	6,28%	5,56%	63	9,14%	10,20%	88	8,93%	12,11%	113	11,40%	12,25%

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- I. Cópia Simples
 - a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
 - b. Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
 - c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo

este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Certidão de Óbito;
- b. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c. Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Original

- a. Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 11 (Capital Segurado) das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Certidão de Óbito;
- b. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d. Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f. Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g. Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 11 (Capital Segurado) das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal decorrente de Crime coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer

dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

Crime: É a ação (realização) de uma conduta proibida pelo tipo penal incriminador, como, por exemplo, matar alguém (artigo 121 do CP).

CLÁUSULA 4ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- I. Cópia Simples
 - a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
 - b. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.
- II. Cópia Autenticada
 - a. Certidão de Óbito;
 - b. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
 - c. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
 - d. Laudo de Exame Cadavérico (IML);
 - e. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
 - f. Laudo Pericial do local do acidente, se houver;

- g. Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item Capital segurado das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal 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, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

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 a tanto se negue.

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

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. 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).

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.

Quando de um 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) do Capital Segurado nesta Cobertura.

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

perda total.

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

A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

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, sem cobrança de prêmio adicional.

Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO

Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 tibioperoneiros (perna)	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: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- c. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

OU PARCIAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME**CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO**

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item Capital Segurado das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto decorrente de crime, 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, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

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 a tanto se negue.

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

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. 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).

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.

Quando de um mesmo acidente (crime) 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) do Capital Segurado nesta Cobertura.

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

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente (crime), o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez

permanente por acidente.

As indenizações previstas para as coberturas de Morte, e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Vitima de Crime (crime) não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente (crime). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Vitima de Crime, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente (crime), da indenização pela cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

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, sem cobrança de prêmio adicional.

Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30

Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 tibioperoneiros (perna)	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: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Crime: É a ação (realização) de uma conduta proibida pelo tipo penal incriminador, como, por exemplo, matar alguém (artigo 121 do CP).

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- d. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item Capital segurado das Condições Gerais, em caso de perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal 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, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

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

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital será escolhido pelo Segurado e estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se

acumulam.

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 deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

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

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

A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas

sobre o ocorrido.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O Bilhete será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item Capital segurado das Condições Gerais, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal vítima de crime 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, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

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

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

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Crime: É a ação (realização) de uma conduta proibida pelo tipo penal incriminador, como, por exemplo, matar alguém (artigo 121 do CP).

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital será escolhido pelo Segurado e estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as

intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental Víctima de Crime não se acumulam.

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 deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 7ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

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

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

A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- c. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- d. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 9ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O Bilhete será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento da antecipação total do capital segurado da Cobertura de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, 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, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais condições contratuais.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

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

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

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

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

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.

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

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

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

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

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

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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.

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.

Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: Saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

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

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

- 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 seu 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

acarretarem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no 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. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

O IAIF é composto por dois documentos:

- a. O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - a1. 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.
 - a2. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - a3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

- b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

b1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a Cobertura Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença.

Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual	
Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%
14	0,00%	39	9,53%	64	13,77%	89	13,86%
15	0,10%	40	9,92%	65	13,82%	90	3,00%
16	0,10%	41	10,31%	66	13,80%	91	3,00%
17	0,10%	42	10,85%	67	13,82%	92	3,00%
18	0,10%	43	11,14%	68	13,83%	93	3,00%
19	0,10%	44	11,65%	69	13,83%	94	3,00%
20	0,10%	45	11,77%	70	13,84%	95	3,00%

21	0,10%	46	12,16%	71	13,85%	96	3,00%
22	0,46%	47	12,39%	72	13,85%	97	3,00%
23	0,91%	48	12,58%	73	13,85%	98	3,00%
24	1,35%	49	12,70%	74	13,85%	99	3,00%
25	1,78%	50	12,97%	75	13,85%	100	3,00%
26	1,75%	51	13,04%	76	13,86%	101	3,00%
27	2,58%	52	13,18%	77	18,15%	102	3,00%
28	2,93%	53	13,29%	78	9,72%	103	3,00%
29	3,66%	54	13,56%	79	13,86%	104	3,00%
30	3,92%	55	13,25%	80	13,86%	105	3,00%
31	4,91%	56	13,54%	81	13,86%	106	3,00%
32	5,40%	57	13,57%	82	13,86%	107	3,00%
33	5,80%	58	13,63%	83	13,86%	108	3,00%
34	6,77%	59	13,66%	84	13,80%	109	3,00%
35	6,95%	60	13,69%	85	13,91%	110	3,00%
36	7,91%	61	13,72%	86	13,86%	111	3,00%
37	8,38%	62	13,74%	87	13,86%	112	3,00%
38	8,94%	63	13,77%	88	13,86%	113	3,00%

CLÁUSULA 7ª - CARÊNCIA

Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais, e quando houver será descrita no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 8ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 9ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos 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, destas Condições Especiais;

- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando 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, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

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

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

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 10ª - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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.

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

CLÁUSULA 11ª - JUNTA MÉDICA

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

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.

CLÁUSULA 12ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada mediante a pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio Segurado ou a seu representante legal a antecipação total do capital segurado da Cobertura de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

Para fins deste seguro a atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez, consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Considera-se doença terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica emitida por profissional devidamente habilitado para essa finalidade. A Seguradora também reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, caso o segurado se negue a passar pela referida avaliação, a indenização não será paga.

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

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença (ILPD):

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

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

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

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.

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

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

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

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

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

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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.

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.

Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: Saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

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

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

- 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 seu 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 no 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. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c. doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença, conforme no Bilhete.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a Cobertura Invalidez Laboral Permanente e Total Por Doença.

Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual	
Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%
14	0,00%	39	9,53%	64	13,77%	89	13,86%
15	0,10%	40	9,92%	65	13,82%	90	3,00%
16	0,10%	41	10,31%	66	13,80%	91	3,00%
17	0,10%	42	10,85%	67	13,82%	92	3,00%
18	0,10%	43	11,14%	68	13,83%	93	3,00%
19	0,10%	44	11,65%	69	13,83%	94	3,00%
20	0,10%	45	11,77%	70	13,84%	95	3,00%
21	0,10%	46	12,16%	71	13,85%	96	3,00%
22	0,46%	47	12,39%	72	13,85%	97	3,00%
23	0,91%	48	12,58%	73	13,85%	98	3,00%
24	1,35%	49	12,70%	74	13,85%	99	3,00%
25	1,78%	50	12,97%	75	13,85%	100	3,00%
26	1,75%	51	13,04%	76	13,86%	101	3,00%
27	2,58%	52	13,18%	77	18,15%	102	3,00%
28	2,93%	53	13,29%	78	9,72%	103	3,00%
29	3,66%	54	13,56%	79	13,86%	104	3,00%
30	3,92%	55	13,25%	80	13,86%	105	3,00%
31	4,91%	56	13,54%	81	13,86%	106	3,00%
32	5,40%	57	13,57%	82	13,86%	107	3,00%
33	5,80%	58	13,63%	83	13,86%	108	3,00%

34	6,77%	59	13,66%	84	13,80%	109	3,00%
35	6,95%	60	13,69%	85	13,91%	110	3,00%
36	7,91%	61	13,72%	86	13,86%	111	3,00%
37	8,38%	62	13,74%	87	13,86%	112	3,00%
38	8,94%	63	13,77%	88	13,86%	113	3,00%

CLÁUSULA 7ª - CARÊNCIA

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

Quando houver, a carência deverá ser fixada no Bilhete de seguro.

CLÁUSULA 8ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o segurado requerer o pagamento do capital segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 9ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos 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, destas Condições Especiais;

- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando 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 autônomicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

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

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

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 10ª - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laboral 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.

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

CLÁUSULA 11ª - JUNTA MÉDICA

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

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.

CLÁUSULA 12ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura e pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura garante o ao segurado ou seu representante legal o reembolso das despesas com cirurgias decorrentes de acidente ou doença coberta até o valor do capital segurado contratado, observados os riscos excluídos e elegibilidade para a cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CIRURGIAS COBERTAS

Estão cobertas pelo seguro as seguintes cirurgias cujo prazo de internação seja igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas após a sua realização:

Cirurgia Decorrente de Acidente, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica em decorrência de acidente coberto ocorrido em data posterior a contratação desta cobertura, desde que prescrita por profissional médico legalmente habilitado e comprovada(s) por meio da documentação, observados os riscos excluídos.

Cirurgia do Coração, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de cardiopatia grave diagnosticada em data posterior a data de contratação desta cobertura, e devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Cirurgia Cerebral, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de doença grave, acidente vascular cerebral e ou acidente grave diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Transplante de órgãos vitais, caracterizada pela necessidade de transplante diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura consiste na transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor) diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura. A indicação de transplante deve ser feita por profissional médico devidamente habilitado para a função.

Esta cobertura não poderá ser contratada quando contratada a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave.

CLÁUSULA 3ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de reembolso de despesas com cirurgia decorrente de acidente ou doença - (RCDAD);

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital segurado estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" conforme segue:

- Cirurgia Cardíaca e Cerebral: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição da cirurgia;
- Transplante de Órgãos Vitais: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição do transplante;
- Cirurgia decorrente de Acidente, a data do acidente que originou a necessidade e prescrição da cirurgia.

CLÁUSULA 5ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Reembolso de Despesas com Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença:

- a. Cirurgia(s) decorrente(s) de diagnósticos e/ou acidentes anteriores a contratação do seguro;
- b. Cirurgia(s) cujo prazo de internação para realização do procedimento seja igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas;
- c. Cirurgias que não requerem procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, não exija permanência no hospital superior a 24 horas, após realização do procedimento;
- d. Cirurgia Plástica Estética;
- e. Cirurgias não indicadas na "cláusula 2º CIRURGIAS COBERTAS".

CLÁUSULA 6ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura.

A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data de início de vigência da cobertura.

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual da cobertura.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 7ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta

deverá ser comunicada pelo Segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referentes ao evento:

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

- a. Para cirurgias decorrentes de acidente: Radiografias e exames que comprove a lesão e relatório completo e detalhado da necessidade cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- b. Para tratamento de Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- c. Para Cirurgia Cardíaca: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca e relatório médico solicitando a cirurgia;
- d. Para Cirurgia Cerebral: Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e e relatório médico indicando a cirurgia;
- e. Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da necessidade Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- f. Para todos os eventos: Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença ou acidente), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos quando necessário para elucidação do sinistro.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª – JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico da necessidade da cirurgia, 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 uma junta médica composta 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 designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

As despesas efetuadas com a legitimação da comprovação da necessidade de cirurgia e/ou tratamento são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a necessidade de tratamento ou quadro cirúrgico contatado.

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

Não estando comprovado a realização do tratamento e/ou cirurgia, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADIANTAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA EM FASE TERMINAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula e pagamento de prêmio correspondente garante ao Segurado ou seu representante legal o adiantamento do capital segurado contratado para a cobertura de morte, desde que fique comprovado o diagnóstico de doença em fase terminal do segurado ocorrida na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

A presente cobertura somente poderá ser contratada quando contratada a cobertura de morte.

Após o pagamento da indenização, automaticamente se extingue a cobertura de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento do adiantamento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Na hipótese de não ficando comprovado o Diagnóstico de Doença em fase terminal, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais sem qualquer devolução de prêmios pagos.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Doença em Estágio Terminal: aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela Seguradora.

Para fins desta cláusula de antecipação, considera-se "paciente em estágio terminal" o segurado portador de Doença em Estágio Terminal.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado que poderá ser adiantado pela contratação desta cláusula estará especificado no Bilhete limitado a 100% (cem por cento) do capital da cobertura de morte.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de reembolso de despesas com cirurgia decorrente de acidente ou doença - (RCDAD);

CLÁUSULA 5ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- b. Doenças agravadas por traumatismos;
- c. Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
- d. Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o segurado, ou seu representante legal, caso ocorra a morte do segurado antes do pagamento da indenização, a antecipação do capital que se refere está cláusula será automaticamente cancelada reintegrada a indenização da cobertura de morte.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA

A cobertura para a antecipação do capital segurado começará a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cobertura for contratada após o início de vigência do seguro.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante a inclusão desta cobertura no Bilhete e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização adicional ao responsável legal pelo nascituro em caso de morte do segurado ocorrido durante o

período de gestação, observadas as demais condições contratuais.

Quando o Segurado 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 segurado.

Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

A contratação desta Cláusula somente poderá ser contratada se contratada a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÕES

Para melhor entendimento desta cobertura e facilitar a sua compreensão, seguem as seguintes definições.

Nascituros: filhos nascidos vivos, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como:

batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

Natimorto: É o feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

Responsáveis Legais: Mãe, Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

Período de Gestação: período correspondente entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:

- a. Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;
- b. Natimorto;
- c. Adoção.

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.

Para determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do óbito do segurado.

CLÁUSULA 5ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com o gênero do

segurado.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0,00%	39	8,54%	6,58%	64	9,76%	10,24%	89	8,71%	11,69%
15	2,66%	7,93%	40	10,30%	7,41%	65	10,35%	10,21%	90	8,46%	11,12%
16	2,82%	7,34%	41	11,75%	8,05%	66	10,82%	10,05%	91	8,19%	10,45%
17	2,75%	7,37%	42	12,77%	8,66%	67	11,21%	9,84%	92	7,92%	9,75%
18	3,12%	7,35%	43	13,41%	9,23%	68	11,48%	9,69%	93	7,64%	9,03%
19	3,67%	6,85%	44	13,58%	9,48%	69	11,54%	9,83%	94	7,37%	8,33%
20	3,96%	6,84%	45	13,25%	9,82%	70	11,46%	10,24%	95	7,10%	7,66%
21	4,01%	6,00%	46	12,67%	10,22%	71	11,26%	10,79%	96	6,84%	7,01%
22	4,43%	6,04%	47	12,01%	10,24%	72	10,99%	11,41%	97	6,59%	6,39%
23	4,43%	6,05%	48	11,26%	10,52%	73	10,69%	11,99%	98	6,63%	6,18%
24	4,59%	5,37%	49	10,61%	10,47%	74	10,49%	12,41%	99	6,87%	6,30%
25	4,05%	5,41%	50	10,03%	10,41%	75	10,37%	12,65%	100	7,28%	6,68%
26	3,73%	4,83%	51	9,52%	10,21%	76	10,30%	12,76%	101	7,79%	7,23%
27	3,13%	4,32%	52	9,06%	9,97%	77	10,27%	12,74%	102	8,36%	7,91%
28	2,43%	3,87%	53	8,61%	9,82%	78	10,23%	12,67%	103	8,94%	8,65%
29	1,78%	3,46%	54	8,21%	9,62%	79	10,18%	12,65%	104	9,51%	9,39%
30	1,02%	3,34%	55	7,88%	9,49%	80	10,10%	12,67%	105	10,02%	10,10%
31	0,72%	2,99%	56	7,54%	9,44%	81	10,00%	12,69%	106	10,46%	10,72%
32	0,14%	2,66%	57	7,22%	9,41%	82	9,89%	12,69%	107	10,83%	11,25%
33	0,14%	2,59%	58	6,98%	9,38%	83	9,76%	12,67%	108	11,11%	11,67%
34	0,14%	2,98%	59	7,06%	9,48%	84	9,61%	12,62%	109	11,31%	11,98%
35	0,28%	3,12%	60	7,35%	9,65%	85	9,45%	12,55%	110	11,42%	12,18%
36	2,13%	3,89%	61	7,86%	9,81%	86	9,28%	12,44%	111	11,47%	12,28%
37	4,17%	4,78%	62	8,47%	10,04%	87	9,11%	12,31%	112	11,46%	12,30%
38	6,28%	5,56%	63	9,14%	10,20%	88	8,93%	12,11%	113	11,40%	12,25%

CLÁUSULA 6ª – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Além dos documentos para a Cláusula de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;
- Declaração de únicos herdeiros.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada, mediante a pagamento de prêmio, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições do Seguro.

As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÕES

Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Alteração de Casa: todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o mesmo diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guia-lo.

Residência Habitual: residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.

Veículo Particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - f. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - 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;
 - i. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l. Acidente Vascular Cerebral;
 - m. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n. exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
 - o. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar no Bilhete de Seguro.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

CLÁUSULA 5ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de

adaptação de casa e/ou veículo (ADPT)

CLÁUSULA 6ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar, com o início de vigência do Bilhete, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor do bilhete e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 7ª – CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 16, 17 e 18 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 8ª – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

CLÁUSULA 9ª – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- Certidão de propriedade do veículo;
- Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos

serviços prestados;

- Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

CLÁUSULA 10ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais do Bilhete. 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 11ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada, mediante a pagamento de prêmio, garante o pagamento de uma 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 parcial ou total por acidente, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o

grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- f. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- 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;
- i. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade

- justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l. Acidente Vascular Cerebral;
 - m. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n. Dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - p. 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete do Seguro.

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.

CLÁUSULA 5ª – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

CLÁUSULA 6ª – TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 tibioperoneiros (perna)	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: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

CLÁUSULA 7ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de auxílio adaptação casa e/ou veículo por invalidez (ADPTINV).

CLÁUSULA 8ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura começa a vigorar com o início de vigência do Bilhete, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor do Bilhete e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 9ª – CESSAÇÃO DE COBERTURA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 16, 17 e 18 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10ª – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

CLÁUSULA 11ª – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- 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;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia do Bilhete do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se bilhete cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

CLÁUSULA 12ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que sejam adquiridos dentro do Ambiente Hospitalar.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente - (DMHO-A)

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b. aparelhos que se referem a órteses e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos;

- d. medicamentos prescritos relacionados ou não com a causa do evento causador da cobertura e adquiridos fora do ambiente hospitalar não serão reembolsados.
- e. despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- f. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- g. cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- h. estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- i. tratamentos relacionados a doenças.

CLÁUSULA 5ª – PRESTADORES

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

CLÁUSULA 6ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta) por cento do valor da indenização.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 7ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Notas fiscais e outros comprovantes ORIGINAIS das despesas efetuadas pelo segurado;
- c. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do

Trabalho), se houver;

- d. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos e os procedimentos realizados;
- g. Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela; e
- h. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª – CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Possuindo o segurado mais de um bilhete, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, neste Bilhete, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todos os Bilhete vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.

CLÁUSULA 9ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura de Morte.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 10ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Bilhete e o período de franquia.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de diárias por incapacidade temporária causada por acidente (DIT-A).

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. doenças, incluídas as profissionais, 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. tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - e. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
 - h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
 - i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer e doença de parkinson.
 - j. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
 - k. transtornos mentais e psiquiátricos;
 - l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - m. lesões que não requerem atenção médica;
 - n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check- up);
 - o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
 - q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - r. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento

de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura de Morte.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Bilhete e o período de franquia.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser

multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- b. lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- c. entorses, distensões e contusões;
- d. transtornos mentais e psiquiátricos;
- e. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- f. lesões que não requerem atenção médica;
- g. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check- up);
- h. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- i. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j. acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- k. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de diárias por incapacidade temporária causada por acidente ou doença (DIT-AD).

Idade	de 16 até 30 diárias	de 16 até 60 diárias	de 16 até 90 diárias	de 16 até 120 diárias	de 16 até 180 diárias	de 16 até 240 diárias	de 16 até 300 diárias	de 16 até 360 diárias
14								
15	132,53%	131,68%	155,10%	100,22%	82,45%	71,16%	60,06%	48,78%
16	56,99%	56,84%	60,80%	50,05%	45,19%	41,58%	37,52%	32,79%
17	36,30%	36,24%	37,81%	33,36%	31,12%	29,37%	27,29%	24,69%
18	26,63%	26,60%	27,44%	25,01%	23,74%	22,70%	21,44%	19,80%
19	21,03%	21,01%	21,53%	20,01%	19,18%	18,50%	17,65%	16,53%
20	1,96%	1,96%	1,95%	1,95%	1,95%	15,61%	15,00%	14,18%
21	1,92%	1,92%	1,91%	1,92%	1,91%	13,50%	13,05%	12,42%
22	1,89%	1,88%	1,88%	1,88%	1,88%	11,90%	11,54%	11,05%
23	1,85%	1,85%	1,84%	1,85%	1,84%	10,63%	10,35%	9,95%
24	1,82%	1,81%	1,81%	1,81%	1,81%	9,61%	9,38%	9,05%
25	0,65%	0,66%	0,66%	0,66%	0,66%	8,77%	8,57%	8,30%
26	0,65%	0,65%	0,66%	0,66%	0,66%	8,06%	7,90%	7,66%
27	0,64%	0,65%	0,65%	0,65%	0,65%	7,46%	7,32%	7,12%
28	0,64%	0,65%	0,65%	0,65%	0,65%	6,94%	6,82%	6,64%
29	0,63%	0,64%	0,64%	0,64%	0,64%	6,49%	6,38%	6,23%
30	2,48%	2,48%	2,49%	2,48%	2,49%	6,10%	6,00%	5,87%
31	2,42%	2,42%	2,43%	2,42%	2,43%	5,75%	5,66%	5,54%
32	2,36%	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%	5,43%	5,36%	5,25%
33	2,31%	2,31%	2,32%	2,31%	2,31%	5,15%	5,09%	4,99%
34	2,25%	2,26%	2,26%	2,26%	2,26%	4,90%	4,84%	4,75%
35	3,08%	3,06%	3,06%	3,06%	3,06%	4,67%	4,62%	4,54%
36	2,99%	2,97%	2,97%	2,97%	2,97%	4,46%	4,41%	4,34%
37	2,90%	2,89%	2,88%	2,89%	2,88%	4,27%	4,23%	4,16%
38	2,82%	2,81%	2,80%	2,80%	2,80%	4,10%	4,05%	3,99%
39	2,74%	2,73%	2,73%	2,73%	2,73%	3,94%	3,90%	3,84%
40	3,55%	3,54%	3,55%	3,54%	3,54%	3,79%	3,75%	3,70%
41	3,43%	3,42%	3,42%	3,42%	3,42%	3,65%	3,61%	3,57%
42	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%	3,52%	3,49%	3,44%
43	3,21%	3,20%	3,20%	3,20%	3,20%	3,40%	3,37%	3,33%
44	3,11%	3,10%	3,11%	3,10%	3,10%	3,29%	3,26%	3,22%
45	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%	3,18%	3,16%	3,12%
46	2,90%	2,90%	2,89%	2,90%	2,89%	3,09%	3,06%	3,03%
47	2,82%	2,82%	2,81%	2,81%	2,81%	2,99%	2,97%	2,94%
48	2,74%	2,74%	2,74%	2,74%	2,74%	2,91%	2,88%	2,85%
49	2,67%	2,67%	2,66%	2,66%	2,66%	2,82%	2,80%	2,77%
50	3,16%	3,16%	3,17%	3,16%	3,16%	2,75%	2,73%	2,70%
51	3,06%	3,06%	3,07%	3,07%	3,07%	2,67%	2,65%	2,63%
52	2,97%	2,97%	2,98%	2,98%	2,98%	2,60%	2,59%	2,56%
53	2,88%	2,89%	2,89%	2,89%	2,89%	2,54%	2,52%	2,50%
54	2,80%	2,81%	2,81%	2,81%	2,81%	2,47%	2,46%	2,44%
55	0,76%	0,76%	2,73%	2,73%	2,73%	2,42%	2,40%	2,38%
56	0,75%	0,76%	2,66%	2,66%	2,66%	2,36%	2,34%	2,32%
57	0,75%	0,75%	2,59%	2,59%	2,59%	2,30%	2,29%	2,27%
58	0,74%	0,74%	2,53%	2,53%	2,52%	2,25%	2,24%	2,22%
59	0,74%	0,74%	2,46%	2,46%	2,46%	2,20%	2,19%	2,17%
60	2,69%	0,73%	2,40%	2,40%	2,40%	2,15%	2,14%	2,13%
61	2,62%	0,73%	2,35%	2,35%	2,35%	2,11%	2,10%	2,08%
62	2,55%	0,72%	2,29%	2,29%	2,29%	2,07%	2,05%	2,04%

63	2,49%	0,72%	2,24%	2,24%	2,24%	2,02%	2,01%	2,00%
64	2,43%	0,71%	2,19%	2,19%	2,19%	1,98%	1,97%	1,96%
65	1,00%	0,71%	2,15%	2,15%	2,15%	1,95%	1,94%	1,92%
66	1,00%	0,70%	2,10%	2,10%	2,10%	1,91%	1,90%	1,89%
67	1,00%	0,70%	2,06%	2,06%	2,06%	1,87%	1,86%	1,85%
68	1,00%	0,69%	2,02%	2,02%	2,02%	1,84%	1,83%	1,82%
69	1,00%	0,69%	1,98%	1,98%	1,98%	1,80%	1,80%	1,78%
70	1,00%	0,68%	1,94%	1,94%	1,94%	1,77%	1,76%	1,75%
71	1,00%	0,68%	1,90%	1,90%	1,90%	1,74%	1,73%	1,72%
72	126,55%	0,67%	1,87%	1,87%	1,87%	1,71%	1,70%	1,69%
73	55,86%	0,67%	1,83%	1,83%	1,83%	1,68%	1,68%	1,67%
74	35,84%	0,66%	1,80%	1,80%	1,80%	1,66%	1,65%	1,64%
75	26,38%	0,66%	1,77%	1,77%	1,77%	1,63%	1,62%	1,61%
76	20,88%	0,66%	1,74%	1,74%	1,74%	1,60%	1,60%	1,59%
77	17,27%	0,65%	1,71%	1,71%	1,71%	1,58%	1,57%	1,56%
78	14,73%	0,65%	1,68%	1,68%	1,68%	1,55%	1,55%	1,54%
79	12,84%	0,64%	1,65%	1,65%	1,65%	1,53%	1,52%	1,51%
80	11,38%	0,64%	1,62%	1,62%	1,62%	1,51%	1,50%	1,49%
81	10,21%	0,64%	1,60%	1,60%	1,60%	1,48%	1,48%	1,47%
82	9,27%	0,63%	1,57%	1,57%	1,57%	1,46%	1,46%	1,45%
83	8,48%	0,63%	1,55%	1,55%	1,55%	1,44%	1,44%	1,43%
84	7,82%	0,62%	1,52%	1,52%	1,52%	1,42%	1,42%	1,41%
85	7,25%	0,62%	1,50%	1,50%	1,50%	1,40%	1,40%	1,39%
86	6,76%	0,62%	1,48%	1,48%	1,48%	1,38%	1,38%	1,37%
87	6,33%	0,61%	1,46%	1,46%	1,46%	1,36%	1,36%	1,35%
88	5,96%	0,61%	1,44%	1,44%	1,44%	1,34%	1,34%	1,33%
89	5,62%	0,60%	1,42%	1,42%	1,42%	1,33%	1,32%	1,31%
90	5,32%	0,60%	1,40%	1,40%	1,40%	1,31%	1,30%	1,30%
91	5,05%	0,60%	1,38%	1,38%	1,38%	1,29%	1,29%	1,28%
92	4,81%	0,59%	1,36%	1,36%	1,36%	1,28%	1,27%	1,27%
93	4,59%	0,59%	1,34%	1,34%	1,34%	1,26%	1,26%	1,25%
94	4,39%	0,59%	1,32%	1,32%	1,32%	1,24%	1,24%	1,23%
95	4,20%	0,58%	1,31%	1,31%	1,31%	1,23%	1,22%	1,22%
96	4,03%	0,58%	1,29%	1,29%	1,29%	1,21%	1,21%	1,20%
97	3,88%	0,58%	1,27%	1,27%	1,27%	1,20%	1,20%	1,19%
98	3,73%	0,57%	1,26%	1,26%	1,26%	1,18%	1,18%	1,18%
99	3,60%	0,57%	1,24%	1,24%	1,24%	1,17%	1,17%	1,16%
100	3,47%	0,57%	1,23%	1,23%	1,23%	1,16%	1,15%	1,15%
101	3,36%	0,56%	1,21%	1,21%	1,21%	1,14%	1,14%	1,14%
102	3,25%	0,56%	1,20%	1,20%	1,20%	1,13%	1,13%	1,12%
103	3,15%	0,56%	1,18%	1,18%	1,18%	1,12%	1,12%	1,11%
104	3,05%	0,55%	1,17%	1,17%	1,17%	1,11%	1,10%	1,10%
105	2,96%	0,55%	1,15%	1,15%	1,15%	1,09%	1,09%	1,09%
106	2,87%	0,55%	1,14%	1,14%	1,14%	1,08%	1,08%	1,07%
107	2,79%	0,55%	1,13%	1,13%	1,13%	1,07%	1,07%	1,06%
108	2,72%	0,54%	1,12%	1,12%	1,12%	1,06%	1,06%	1,05%
109	2,65%	0,54%	1,10%	1,10%	1,10%	1,05%	1,05%	1,04%
110	2,58%	0,54%	1,09%	1,09%	1,09%	1,04%	1,03%	1,03%
111	2,51%	0,53%	1,08%	1,08%	1,08%	1,03%	1,02%	1,02%
112	2,45%	0,53%	1,07%	1,07%	1,07%	1,02%	1,01%	1,01%
113	2,39%	0,53%	1,06%	1,06%	1,06%	1,01%	1,00%	1,00%

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade

desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

- g. Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar
- h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura de Morte.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Bilhete do seguro.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- d. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- e. Curetagem uterina;
- f. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- g. estados de convalescença, após a alta médica;
- h. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- i. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- j. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- k. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de de diárias por internação hospitalar causada por acidente (DIH-A).

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- c. Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- d. Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- e. Boletim de Ocorrência policial, se for o caso, ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- f. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- g. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura de Morte.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes de causas naturais (doenças) e acidente pessoal cobertos, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Bilhete do seguro.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- c. Curetagem uterina;
- d. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- e. estados de convalescença, após a alta médica;
- f. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- g. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- h. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- i. senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j. hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l. inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- m. ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- n. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de diárias por internação hospitalar causada por acidente ou doença (DIH-AD).

Idade	de 16 até 30 diárias	de 16 até 60 diárias	de 16 até 90 diárias	de 16 até 120 diárias	de 16 até 180 diárias	de 16 até 240 diárias	de 16 até 300 diárias	de 16 até 360 diárias
14	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	16,75%	11,32%	15,61%	7,53%	6,46%	6,46%	6,02%	4,94%
16	14,35%	10,17%	13,51%	7,00%	6,07%	6,07%	5,68%	4,71%
17	12,55%	9,23%	11,90%	6,54%	5,72%	5,72%	5,38%	4,49%
18	11,15%	8,45%	10,63%	6,14%	5,41%	5,41%	5,10%	4,30%
19	10,03%	7,79%	9,61%	5,79%	5,13%	5,13%	4,85%	4,12%
20	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	4,88%	4,63%	3,96%
21	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	4,66%	4,42%	3,81%
22	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	4,45%	4,24%	3,67%
23	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	4,26%	4,06%	3,54%
24	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	4,08%	3,91%	3,42%
25	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	3,92%	3,76%	3,31%
26	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	3,78%	3,62%	3,20%
27	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	3,64%	3,50%	3,10%
28	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	3,51%	3,38%	3,01%
29	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	3,39%	3,27%	2,92%
30	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	3,28%	3,16%	2,84%
31	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	3,18%	3,07%	2,76%
32	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	3,08%	2,98%	2,68%
33	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	0,46%	2,99%	2,89%	2,61%
34	0,45%	0,45%	0,45%	0,45%	0,45%	2,90%	2,81%	2,55%
35	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%	2,82%	2,73%	2,48%
36	1,34%	1,33%	1,33%	1,34%	1,33%	2,74%	2,66%	2,42%
37	1,32%	1,32%	1,32%	1,32%	1,32%	2,67%	2,59%	2,37%
38	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	2,60%	2,53%	2,31%
39	1,28%	1,28%	1,28%	1,28%	1,28%	2,53%	2,46%	2,26%
40	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	2,47%	2,40%	2,21%
41	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	2,41%	2,35%	2,16%
42	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	2,35%	2,29%	2,12%
43	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	2,30%	2,24%	2,07%
44	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	2,25%	2,19%	2,03%
45	0,70%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	2,20%	2,15%	1,99%
46	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	2,15%	2,10%	1,95%
47	0,69%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	2,11%	2,06%	1,91%
48	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	2,06%	2,02%	1,88%
49	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	2,02%	1,98%	1,84%
50	2,00%	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%	1,94%	1,81%
51	1,96%	1,94%	1,94%	1,94%	1,94%	1,94%	1,90%	1,78%
52	1,92%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,91%	1,87%	1,75%
53	1,88%	1,87%	1,87%	1,87%	1,87%	1,87%	1,83%	1,72%
54	1,85%	1,83%	1,83%	1,83%	1,83%	1,84%	1,80%	1,69%

55	3,09%	3,08%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,77%	1,66%
56	3,00%	2,99%	1,77%	1,77%	1,77%	1,77%	1,74%	1,63%
57	2,91%	2,90%	1,74%	1,74%	1,74%	1,74%	1,71%	1,61%
58	2,83%	2,82%	1,71%	1,71%	1,71%	1,71%	1,68%	1,58%
59	2,75%	2,74%	1,68%	1,68%	1,68%	1,68%	1,65%	1,56%
60	3,96%	2,67%	1,65%	1,65%	1,65%	1,65%	1,62%	1,53%
61	3,81%	2,60%	1,63%	1,63%	1,63%	1,63%	1,60%	1,51%
62	3,67%	2,53%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,57%	1,49%
63	3,54%	2,47%	1,57%	1,57%	1,57%	1,58%	1,55%	1,47%
64	3,42%	2,41%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%	1,52%	1,44%
65	8,79%	2,35%	1,53%	1,53%	1,53%	1,53%	1,50%	1,42%
66	8,08%	2,30%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,48%	1,40%
67	7,47%	2,25%	1,48%	1,48%	1,48%	1,48%	1,46%	1,38%
68	6,95%	2,20%	1,46%	1,46%	1,46%	1,46%	1,44%	1,37%
69	6,50%	2,15%	1,44%	1,44%	1,44%	1,44%	1,42%	1,35%
70	6,11%	2,11%	1,42%	1,42%	1,42%	1,42%	1,40%	1,33%
71	5,75%	2,06%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,38%	1,31%
72	5,44%	2,02%	1,38%	1,38%	1,38%	1,38%	1,36%	1,29%
73	5,16%	1,98%	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%	1,34%	1,28%
74	4,91%	1,94%	1,34%	1,34%	1,34%	1,34%	1,32%	1,26%
75	4,68%	1,91%	1,32%	1,32%	1,32%	1,32%	1,31%	1,25%
76	4,47%	1,87%	1,31%	1,31%	1,31%	1,31%	1,29%	1,23%
77	4,28%	1,84%	1,29%	1,29%	1,29%	1,29%	1,27%	1,22%
78	4,10%	1,80%	1,27%	1,27%	1,27%	1,27%	1,26%	1,20%
79	3,94%	1,77%	1,26%	1,26%	1,26%	1,26%	1,24%	1,19%
80	3,79%	1,74%	1,24%	1,24%	1,24%	1,24%	1,23%	1,17%
81	3,65%	1,71%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,21%	1,16%
82	3,52%	1,68%	1,21%	1,21%	1,21%	1,21%	1,20%	1,15%
83	3,40%	1,65%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,18%	1,13%
84	3,29%	1,63%	1,18%	1,18%	1,18%	1,18%	1,17%	1,12%
85	3,19%	1,60%	1,17%	1,17%	1,17%	1,17%	1,15%	1,11%
86	3,09%	1,58%	1,16%	1,16%	1,16%	1,16%	1,14%	1,10%
87	3,00%	1,55%	1,14%	1,14%	1,14%	1,14%	1,13%	1,08%
88	2,91%	1,53%	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%	1,12%	1,07%
89	2,83%	1,50%	1,12%	1,12%	1,12%	1,12%	1,10%	1,06%
90	2,75%	1,48%	1,10%	1,10%	1,10%	1,11%	1,09%	1,05%
91	2,68%	1,46%	1,09%	1,09%	1,09%	1,09%	1,08%	1,04%
92	2,61%	1,44%	1,08%	1,08%	1,08%	1,08%	1,07%	1,03%
93	2,54%	1,42%	1,07%	1,07%	1,07%	1,07%	1,06%	1,02%
94	2,48%	1,40%	1,06%	1,06%	1,06%	1,06%	1,05%	1,01%
95	2,42%	1,38%	1,05%	1,05%	1,05%	1,05%	1,04%	1,00%
96	2,36%	1,36%	1,04%	1,04%	1,04%	1,04%	1,02%	0,99%
97	2,31%	1,34%	1,03%	1,03%	1,03%	1,03%	1,01%	0,98%
98	2,25%	1,32%	1,01%	1,01%	1,02%	1,02%	1,00%	0,97%
99	2,20%	1,31%	1,00%	1,00%	1,00%	1,01%	0,99%	0,96%
100	2,16%	1,29%	0,99%	0,99%	0,99%	1,00%	0,98%	0,95%
101	2,11%	1,27%	0,98%	0,98%	0,99%	0,99%	0,97%	0,94%
102	2,07%	1,26%	0,98%	0,98%	0,98%	0,98%	0,97%	0,93%
103	2,03%	1,24%	0,97%	0,97%	0,97%	0,97%	0,96%	0,92%
104	1,98%	1,23%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,95%	0,92%
105	1,95%	1,21%	0,95%	0,95%	0,95%	0,95%	0,94%	0,91%
106	1,91%	1,20%	0,94%	0,94%	0,94%	0,94%	0,93%	0,90%

107	1,87%	1,18%	0,93%	0,93%	0,93%	0,93%	0,92%	0,89%
108	1,84%	1,17%	0,92%	0,92%	0,92%	0,92%	0,91%	0,88%
109	1,81%	1,16%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,90%	0,88%
110	1,77%	1,14%	0,90%	0,90%	0,90%	0,91%	0,90%	0,87%
111	1,74%	1,13%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,89%	0,86%
112	1,71%	1,12%	0,89%	0,89%	0,89%	0,89%	0,88%	0,85%
113	1,68%	1,11%	0,88%	0,88%	0,88%	0,88%	0,87%	0,85%

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica). As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;

- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura de Morte.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVES (DDG)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado, em caso de Diagnóstico de Doença Grave, observado os riscos excluídos e demais termos das condições contratuais do seguro.

Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, através de Declaração Médica especializada durante a vigência do seguro, de um dos seguintes Diagnósticos Clínicos, provenientes exclusivamente das seguintes doenças:

- Diagnóstico de Câncer;
- Derrame (acidente vascular cerebral);
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Renal Crônica;
- Transplante de Órgãos Vitais;

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença coberta e que se enquadre em quadro clínico de diagnóstico, indicada na declaração médica conforme segue:

Diagnóstico de Câncer: É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

Derrame: (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz seqüela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

Infarto Agudo do Miorcardio: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Transplantes de Órgãos Vitais: É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do diagnóstico da Doença Grave.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item EXCLUSÕES GERAIS das condições

gerais também estarão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

- a. Para câncer (neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), doença de hodgkin na fase i, todos os cânceres de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação rai menor que III);
- b. Para infarto agudo do miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência do Bilhete decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
- c. Para derrame (acidente vascular cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência do Bilhete;
- d. Para insuficiência renal crônica: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
- e. Para ara transplantes de órgãos vitais: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.2.5 destas Condições Especiais;
- f. Toda e qualquer cirurgia não especificada no item riscos cobertos desta cobertura.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de diagnóstico de doença graves.

Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,00%	29	4,6560%	43	8,7717%	57	7,1809%
15	3,1394%	30	7,9609%	44	8,4935%	58	7,0113%
16	2,9700%	31	7,3338%	45	9,7388%	59	7,2782%
17	2,8153%	32	6,7956%	46	9,3184%	60	4,5919%
18	2,6733%	33	6,3288%	47	8,9615%	61	4,8318%
19	2,5428%	34	5,9200%	48	8,6575%	62	5,0973%
20	2,0046%	35	9,9344%	49	8,3986%	63	5,3924%
21	1,9625%	36	9,0094%	50	9,3584%	64	5,7226%
22	1,9221%	37	8,2399%	51	8,8515%	65	3,0792%
23	1,8833%	38	7,5897%	52	8,4160%	66	7,2782%
24	1,8460%	39	7,0330%	53	8,0388%	67	4,5919%
25	5,6686%	40	9,9338%	54	7,7102%	68	4,8318%
26	5,3754%	41	9,4816%	55	7,5981%	69	5,0973%
28	5,1116%	42	9,0980%	56	7,3753%	70	5,3924%

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado

o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada;
- b. Para Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- c. Para Infarto Agudo do Miocárdio: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- d. Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- e. Para Insuficiência Renal Crônica: Resultado dos exames da função renal;
- f. Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, 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 uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não estando comprovado o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Bilhete de seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado, decorrente de Diagnóstico de Queimadura Grave, observado os riscos excluídos e demais termos previstos nas Condições Contratuais do seguro e nesta cláusula.

Queimadura Grave: queimaduras de segundo grau que atingem acima de 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Queimadura Grave, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da ocorrência do acidente.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. Queimaduras decorrentes de auto-agressão.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de queimadura grave (QG).

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico informando o histórico do evento causador do evento, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- f. comprovante de atendimento hospitalar devido à queimadura;
- g. Para queimadura de terceiro grau, laudo de Cirurgião Plástico.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

Riscos Cobertos: Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa.

Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino os eventos decorrentes de:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ) das mamas;
- c. Carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- e. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na contratação;
- f. Neoplasia benigna.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

CLÁUSULA 4ª – CARÊNCIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

CLÁUSULA 6ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Feminino.

Idade	Varição	Idade	Varição	Idade	Varição	Idade	Varição
14	0,0000%	29	12,4166%	44	7,5964%	59	1,4744%
15	36,2074%	30	19,9386%	45	6,0159%	60	3,0101%
16	26,5826%	31	16,6240%	46	5,6745%	61	2,9222%
17	21,0002%	32	14,2543%	47	5,3698%	62	2,8392%
18	17,3555%	33	12,4760%	48	5,0961%	63	2,7608%
19	14,7888%	34	11,0921%	49	4,8490%	64	2,6866%
20	16,3557%	35	13,3409%	50	3,1672%	65	0,5355%
21	14,0567%	36	11,7706%	51	3,0700%	66	0,5327%
22	12,3243%	37	10,5311%	52	2,9785%	67	0,5298%
23	10,9721%	38	9,5277%	53	2,8924%	68	0,5270%
24	9,8872%	39	8,6989%	54	2,8111%	69	0,5243%
25	24,6686%	40	10,9122%	55	1,5668%	70	0,6243%
26	19,7873%	41	9,8386%	56	1,5426%		
27	16,5187%	42	8,9573%	57	1,5192%		
28	14,1769%	43	8,2209%	58	1,4964%		

CLÁUSULA 7ª – OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado

contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

Riscos Cobertos: Câncer Primário de Próstata e Testículo.

Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

A cobertura de Diagnóstico de Câncer – Masculino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino os eventos decorrentes de:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);
- c. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na contratação.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete do Seguro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

CLÁUSULA 4ª – CARÊNCIA

A cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

CLÁUSULA 6ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino.

Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	29	3,6867%	44	5,1867%	59	12,5178%
15	97,2059%	30	3,7867%	45	5,2867%	60	22,8257%
16	49,2916%	31	3,8867%	46	5,3867%	61	18,5838%
17	33,0170%	32	3,9867%	47	5,0999%	62	15,6714%
18	24,8216%	33	4,0867%	48	10,1122%	63	13,5482%
19	19,8857%	34	4,1867%	49	9,1835%	64	11,9317%
20	15,1066%	35	4,2867%	50	34,3995%	65	13,6490%
21	13,1240%	36	4,3867%	51	25,5950%	66	12,0098%
22	11,6015%	37	4,4867%	52	20,3790%	67	10,7221%
23	10,3954%	38	4,5867%	53	16,9290%	68	9,6838%
24	9,4165%	39	4,6867%	54	14,4780%	69	8,8288%
25	4,3245%	40	4,7867%	55	25,0713%	70	4,8029%
26	4,1452%	41	4,8867%	56	20,0456%		
27	3,9802%	42	4,9867%	57	16,6983%		
28	3,8279%	43	5,0867%	58	14,3090%		

CLÁUSULA 7ª – OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico

assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura em caso de morte do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o capital segurado contratado relativo a esta cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no bilhete Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 3ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0,00%	39	8,54%	6,58%	64	9,76%	10,24%	89	8,71%	11,69%
15	0,0266	7,93%	40	10,30%	7,41%	65	10,35%	10,21%	90	8,46%	11,12%
16	0,0282	7,34%	41	11,75%	8,05%	66	10,82%	10,05%	91	8,19%	10,45%
17	0,0275	7,37%	42	12,77%	8,66%	67	11,21%	9,84%	92	7,92%	9,75%
18	0,0312	7,35%	43	13,41%	9,23%	68	11,48%	9,69%	93	7,64%	9,03%
19	0,0367	6,85%	44	13,58%	9,48%	69	11,54%	9,83%	94	7,37%	8,33%
20	0,0396	6,84%	45	13,25%	9,82%	70	11,46%	10,24%	95	7,10%	7,66%
21	0,0401	6,00%	46	12,67%	10,22%	71	11,26%	10,79%	96	6,84%	7,01%
22	0,0443	6,04%	47	12,01%	10,24%	72	10,99%	11,41%	97	6,59%	6,39%
23	0,0443	6,05%	48	11,26%	10,52%	73	10,69%	11,99%	98	6,63%	6,18%
24	0,0459	5,37%	49	10,61%	10,47%	74	10,49%	12,41%	99	6,87%	6,30%
25	0,0405	5,41%	50	10,03%	10,41%	75	10,37%	12,65%	100	7,28%	6,68%
26	0,0373	4,83%	51	9,52%	10,21%	76	10,30%	12,76%	101	7,79%	7,23%
27	0,0313	4,32%	52	9,06%	9,97%	77	10,27%	12,74%	102	8,36%	7,91%
28	0,0243	3,87%	53	8,61%	9,82%	78	10,23%	12,67%	103	8,94%	8,65%
29	0,0178	3,46%	54	8,21%	9,62%	79	10,18%	12,65%	104	9,51%	9,39%
30	0,0102	3,34%	55	7,88%	9,49%	80	10,10%	12,67%	105	10,02%	10,10%
31	0,0072	2,99%	56	7,54%	9,44%	81	10,00%	12,69%	106	10,46%	10,72%
32	0,0014	2,66%	57	7,22%	9,41%	82	9,89%	12,69%	107	10,83%	11,25%

33	0,0014	2,59%	58	6,98%	9,38%	83	9,76%	12,67%	108	11,11%	11,67%
34	0,0014	2,98%	59	7,06%	9,48%	84	9,61%	12,62%	109	11,31%	11,98%
35	0,0028	3,12%	60	7,35%	9,65%	85	9,45%	12,55%	110	11,42%	12,18%
36	0,0213	3,89%	61	7,86%	9,81%	86	9,28%	12,44%	111	11,47%	12,28%
37	0,0417	4,78%	62	8,47%	10,04%	87	9,11%	12,31%	112	11,46%	12,30%
38	0,0628	5,56%	63	9,14%	10,20%	88	8,93%	12,11%	113	11,40%	12,25%

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- d. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do

- Trabalho), se houver;
- e. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - f. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - g. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - h. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido no Bilhete.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário do Bilhete ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0,00%	39	8,54%	6,58%	64	9,76%	10,24%	89	8,71%	11,69%
15	0,0266	7,93%	40	10,30%	7,41%	65	10,35%	10,21%	90	8,46%	11,12%
16	0,0282	7,34%	41	11,75%	8,05%	66	10,82%	10,05%	91	8,19%	10,45%
17	0,0275	7,37%	42	12,77%	8,66%	67	11,21%	9,84%	92	7,92%	9,75%
18	0,0312	7,35%	43	13,41%	9,23%	68	11,48%	9,69%	93	7,64%	9,03%
19	0,0367	6,85%	44	13,58%	9,48%	69	11,54%	9,83%	94	7,37%	8,33%
20	0,0396	6,84%	45	13,25%	9,82%	70	11,46%	10,24%	95	7,10%	7,66%
21	0,0401	6,00%	46	12,67%	10,22%	71	11,26%	10,79%	96	6,84%	7,01%
22	0,0443	6,04%	47	12,01%	10,24%	72	10,99%	11,41%	97	6,59%	6,39%
23	0,0443	6,05%	48	11,26%	10,52%	73	10,69%	11,99%	98	6,63%	6,18%
24	0,0459	5,37%	49	10,61%	10,47%	74	10,49%	12,41%	99	6,87%	6,30%
25	0,0405	5,41%	50	10,03%	10,41%	75	10,37%	12,65%	100	7,28%	6,68%
26	0,0373	4,83%	51	9,52%	10,21%	76	10,30%	12,76%	101	7,79%	7,23%
27	0,0313	4,32%	52	9,06%	9,97%	77	10,27%	12,74%	102	8,36%	7,91%
28	0,0243	3,87%	53	8,61%	9,82%	78	10,23%	12,67%	103	8,94%	8,65%
29	0,0178	3,46%	54	8,21%	9,62%	79	10,18%	12,65%	104	9,51%	9,39%
30	0,0102	3,34%	55	7,88%	9,49%	80	10,10%	12,67%	105	10,02%	10,10%
31	0,0072	2,99%	56	7,54%	9,44%	81	10,00%	12,69%	106	10,46%	10,72%
32	0,0014	2,66%	57	7,22%	9,41%	82	9,89%	12,69%	107	10,83%	11,25%
33	0,0014	2,59%	58	6,98%	9,38%	83	9,76%	12,67%	108	11,11%	11,67%
34	0,0014	2,98%	59	7,06%	9,48%	84	9,61%	12,62%	109	11,31%	11,98%
35	0,0028	3,12%	60	7,35%	9,65%	85	9,45%	12,55%	110	11,42%	12,18%
36	0,0213	3,89%	61	7,86%	9,81%	86	9,28%	12,44%	111	11,47%	12,28%
37	0,0417	4,78%	62	8,47%	10,04%	87	9,11%	12,31%	112	11,46%	12,30%
38	0,0628	5,56%	63	9,14%	10,20%	88	8,93%	12,11%	113	11,40%	12,25%

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- d. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- e. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- f. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- h. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente

de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido no Bilhete.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado no Bilhete e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Bilhete de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente.

De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de auxílio cesta básica – AXCB-MA.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;

- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- d. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- e. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- f. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- h. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AUX-N)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de nascimento de filho(s) nascido(s) com vida, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete.

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 conforme segue:

- 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.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a. Natimorto (produto do nascimento de um feto morto);

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados serão determinados pelo segurado através do Bilhete e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do nascimento do(s) filhos(s) vivo(s).

Em caso de gestação múltipla, a indenização contratada será multiplicada pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

CLÁUSULA 4ª – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de auxílio natalidade - (AUX-N).

CLÁUSULA 5ª – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Deverão ser apresentados os documentos abaixo:

- I. Cópia Simples
 - a. RG (cédula de identidade), CPF(cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do pai/mãe ou responsável legal;
- II. Cópia Autenticada
 - a. Certidão de Nascimento do(s) filho(s) do Segurado nascido(s) com vida;
- III. Documento Original
 - a. Receitas médicas, recibos e notas fiscais originais das despesas cobertas em nome do(s) recém-nascido(s).

A Seguradora poderá solicitar documentos adicionais necessários para a análise do processo de sinistro.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

CLÁUSULA 1ª – RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÕES

Configura se como desemprego involuntário a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a conseqüente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

CLÁUSULA 3ª – ELEGIBILIDADE

Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a. Aposentadorias;
- b. Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;
- c. Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d. Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e. Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f. Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g. Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de

estágios;

- h. Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i. Falência;
- j. Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k. Desligamento por Programa de Demissão em Massa. Para fins deste seguro, considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam funcionários no intervalo de 3 meses a contar do primeiro sinistro avisado, em percentuais superiores aos informados na tabela abaixo:

# de Segurados	Demissão em Massa
Acima de 50 vidas	10% ou superior no intervalo de 3 meses
De 26 a 49 vidas	20% ou superior no intervalo de 3 meses
De 11 a 25 vidas	30% ou superior no intervalo de 3 meses
Abaixo de 10 vidas	50% ou superior no intervalo de 3 meses

- l. Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- m. Acordo entre empregado e empregador;
- n. Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- o. Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- p. Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;
- q. Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- r. Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- s. Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

CLÁUSULA 5ª – CAPITAL SEGURADO

O capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

O valor da obrigação mencionada no item 5.1. anterior será pago após o cumprimento do período de franquia, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário de contratação do Bilhete de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

CLÁUSULA 6ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

CARÊNCIA: O período de Carência será estabelecido contratualmente respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos, deverá constar no Bilhete de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

CLÁUSULA 7ª – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula "PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS", item – "Documentos Básicos em Caso de Sinistros" das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b. Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c. Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d. Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e. Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- f. Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
- g. Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.
- h. Cópia do Bilhete de Seguro.
- i. Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

CLÁUSULA 8ª – FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento do capital segurado se dará na forma de uma única prestação no valor do capital segurado contratado, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de capital contratado estabelecido no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.