

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

*****ATENÇÃO - Este documento contém a integralidade de coberturas, exclusões, cláusulas especiais e cláusulas particulares que são passíveis de contratação.
Isso não implica que todas as disposições previstas se aplicam a todos os casos.
Por isso é necessário atentar-se ao que foi negociado nos documentos: sua cotação, sua apólice emitida, sua especificação e ao clausulado correspondente.*****



**CONDIÇÃO GERAL SEGURO MODULAR DE ACIDENTES
PESSOAIS COLETIVO RAMO – 0982
Processo SUSEP 15414.004109/2006-25**

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1.** Este contrato será regido e interpretado de acordo com as leis da República Federativa do Brasil
- 1.2.** A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.3.** O registro do produto é automática e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 1.4.** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.5.** As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado de seguro.
- 1.6.** Este seguro não prevê a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou beneficiário.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1.** Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro Modular de Acidentes Pessoais Coletivo, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.
- 2.2.** Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando- se quaisquer outras.
- 2.3.** Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.



3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim determinadas:

Condições Gerais e Condições Especiais.

- 3.1.** Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante.
- 3.2.** Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.
- 3.3.** Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, do contrato e da Apólice.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

4.1. ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente, total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se:,

- a) incluem-se nesse conceito:
 - a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - a.3) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
 - a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal;

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

4.3. AVISO PRÉVIO: Para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao empregado. Não será considerado como Aviso Prévio, a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregado.
A cópia do aviso prévio será exigida para fins de avaliação de sinistros.

4.4. BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização,



na hipótese de ocorrência do sinistro.

4.5. CAPITAL SEGURADO: 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. Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

4.6. CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade em caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

4.7. CARÊNCIA: É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados. .

4.8. CIRURGIA: entende-se por cirurgia a coberta de uma intervenção cirúrgica realizada pelo segurado para fins terapêuticos através de uma incisão e/ou laparoscopia ou por meio de uma endoscopia realizada por um cirurgião, em um hospital, sob anestesia local ou geral, e que necessariamente requer o uso de uma sala de cirurgia e hospitalização por tempo definido.

4.8.1. A cirurgia deve ser clinicamente necessária para o cuidado de:

- Uma doença ou enfermidade;
- Um acidente ocorrido durante o período de vigência da apólice/certificado e que a cirurgia seja realizada em até 90(noventa) dias a partir da data do acidente.

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

4.10. CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

- 4.11. DIAGNÓSTICO:** é a qualificação de um Médico em relação a uma doença ou condição física com base nos sintomas observados.
- 4.12. DOENÇA:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 4.13. DOENÇA PREEXISTENTE:** é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão.
- 4.14. DOLO:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio. **Fica assegurado à Seguradora o direito ao prêmio devido e o ressarcimento das despesas por ela incorridas.**
- 4.15. ESTIPULANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.
- 4.16. EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.
- 4.17. EVENTO PRAZO CURTO:** é o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.
- 4.18. FRANQUIA:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento.**
- 4.19. FRANQUIA DEDUTÍVEL:** é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.
- 4.20. GARANTIAS:** são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.
- 4.21. GRUPO SEGURADO:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 4.22. GRUPO SEGURÁVEL:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao

estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

4.23. HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

4.23.1. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

4.24. INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

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

4.26. MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

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

4.28. PROPONENTE: o interessado em aderir ao contrato.

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

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

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



- 4.32. SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** seguro no qual o pagamento do prêmio é pago parcial ou totalmente pelo segurado.
- 4.33. SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.
- 4.34. SINISTRO:** a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 4.35. VIGÊNCIA:** é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

- 5.1.** Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas às condições contratuais.

6. RISCOS COBERTOS

- 6.1.** Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

7. GARANTIAS DO SEGURO

- 7.1.** Este seguro oferece um total de 38 (trinta e oito) garantias:
- Morte Acidental – **MA**
 - Morte Acidental em Evento de Curto Prazo – **MAEPC**
 - Morte Acidental decorrente de Roubo – **MAR**
 - Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – **MAL**
 - Morte Acidental por Vítima de Crime – **MACR**
 - Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo particular ou pedestre – **AD**
 - Morte Acidental ocorrido em Transporte Público Autorizado – **MATPU**
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – **IPA**
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto - **IPAEPC**
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo-**IPAR**
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – **IPALAB**

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por vítima de Crime – **IPACR**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em veículo particular ou pedestre – **IPAD**
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – IPATPU
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente – **DMHO**
- Despesas Médico- Hospitalares e Odontológicas por Acidente ou Doença - **DMHOAD**
 - Despesas Médicos Hospitalares e Odontológicas por acidente em eventos prazo curto – DMHOEPC
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente – **DIHA**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – **DIHUA**
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – **DIHAD**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por acidente ou doença – **DIHUAD**
- Diária por Internação Hospitalar por Roubo – **DIHR**
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – **DIT**
- Diária por Incapacidade Temporária por acidente ou doença – **DITAD**
- Invalidez Permanente Total por Acidente – **IPTA**
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – **IFPD**
- Doenças Graves – **DG**
- Doença congênita de filhos – **DC**
- Bagagem – **BAG**
- Auxílio-Funeral por Morte Acidental – **AF**
- Queimaduras Graves – **QG**
- Fratura de ossos – **FO**
- Perda de Visão por Acidente – **PVA**
- Perda de Visão por Doença – **PVD**
- Prótese Ocular por Acidente – **POA**
- Convalescença – **C**
- Cirurgias - **CR**
- Fisioterapia decorrente de Cirurgia -**FC**
- Diagnóstico Final decorrente de Cirurgia – **DFC**
- Despesas Domésticas – **DD**
- Despesas com filhos dependentes – **DFD**
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Cirurgia – **DIHC**
- Convalescença decorrente de Cirurgia – **CC**
- Auxílio Medicamento – **AM**
- Auxílio Medicamento por Acidente - **AMA**

7.2. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Facultativa de Cônjuges – **IFC**
- Inclusão Facultativa de Pais - **IFP**
- Inclusão Facultativa de Filhos – **IFF**

7.3. Condições para contratação das garantias:

- a) As garantias são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) Deverá ser contratada, **obrigatoriamente**, pelo menos uma das seguintes garantias básicas: **MA, IPA, MAD, IPAD, MAEPC, IPAEPIC, MAR e IPAR**;
- c) A garantia **AF** somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **MA e/ou MAEPC e/ou MAR e/ou MACR e/ou MATPU e/ou MAD e/ou MAL**;
- d) A garantia **BAG** somente poderá ser contratada se for contratada também a garantia **MAD e/ou IPAD**;
- e) A **AM e AMA** não poderão ser contratadas concomitantemente;
- f) A garantia **FC, DFC, DD, DFD, DIHC e CC** somente poderão ser contratadas se for contratada a garantia **CR**, já que são diretamente vinculadas à essa cobertura;
- g) **Em nenhuma hipótese as garantias suplementares do item 7.2 poderão ser contratadas isoladamente;**
- h) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado;
- i) As garantias e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos no contrato.
- j) Para menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço sejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doença preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- g) envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro
- k) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;
- o) perda de dentes e danos estéticos



8.2. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO PARA SITUAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS DE SANÇÃO, EMBARGO, PROIBIÇÃO OU RESTRIÇÃO

1. A SEGURADORA não será responsável a fornecer qualquer cobertura ou efetuar qualquer pagamento de sinistro nos termos desta apólice se isso representar uma violação de qualquer lei ou regulamento de sanções que sujeite a SEGURADORA, sua controladora ou sua entidade controladora final a qualquer penalidade nos termos de qualquer lei ou regulamento de sanções.
2. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:
 - a) Reino Unido e União Europeia:
<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
 - b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://home.treasury.gov/policy-issues/office-of-foreign-assets-control-sanctions-programs-and-information>
3. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo): <https://www.fatf-gafi.org/> e a Organização das Nações Unidas (ONU): <https://nacoesunidas.org/conheca/>.
4. O quanto descrito nos itens 2 e 3 acima não ofendem aos valores protegidos pelo ordenamento jurídico nacional bem como os princípios da ordem econômica elencados na Constituição da República Federativa do Brasil.
5. Permanecem em vigor as demais condições deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas pela presente cláusula.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1. GARANTIAS ÂMBITO GEOGRÁFICO DE CADA COBERTURA:

GARANTIA	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morte Acidental – MA ▪ Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo particular ou pedestre – MAD ▪ Morte Acidental ocorrido em Transporte Público Autorizado – MATPU ▪ Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – MAL ▪ Bagagem – BAG ▪ Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente – DMHO ▪ Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente ou doença – DMHOAD ▪ Auxílio Medicamento – AM ▪ Auxílio Medicamento por Acidente – AMA 	A cobertura é válida em todo o globo terrestre.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – IPALAB Doenças Graves – DG ▪ Doença congênita de filhos – DC ▪ Perda de Visão por Acidente – PVA ▪ Perda de Visão por Doença – PVD ▪ Queimaduras Graves – QG ▪ Prótese Ocular por Acidente – POA ▪ Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em veículo particular ou pedestre – IPAD ▪ Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT ▪ Fratura de ossos – FO ▪ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD ▪ Diária por Incapacidade Temporária por acidente ou doença – DITAD ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – IPATPU 	A cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre. Sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirurgias ▪ Fisioterapia decorrente de Cirurgia ▪ Diagnóstico Final decorrente de Cirurgia ▪ Despesas Domésticas ▪ Despesas com filhos dependentes ▪ Diária por Internação Hospitalar decorrente de Cirurgia 	<p>A cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre. Sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxílio-Funeral por Morte Acidental – AF 	<p>A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA ▪ Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – DIHUA ▪ Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIHAD ▪ Diária por Internação Hospitalar em UTI por acidente ou doença – DIHUAD ▪ Convalescença - C 	<p>A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morte Acidental em Evento de Curto Prazo – MAEPC ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto - IPAEP ▪ Despesas Médicos Hospitalares e Odontológicas por acidente em eventos prazo curto – DMHOEPC 	<p>A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto em território brasileiro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo- IPAR ▪ Morte Acidental decorrente de Roubo – MAR ▪ Diária por Internação Hospitalar por Roubo – DIHR ▪ Morte Acidental por Vítima de Crime – MACR ▪ Invalidez Permanente Total ou Parcial por vítima de Crime – IPACR 	<p>As coberturas são válidas para o diagnóstico da invalidez ou a internação hospitalar, respectivamente, em território brasileiro, porém o roubo ou tentativa de roubo causador do evento coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>

9.2 As Partes acordam que, caso qualquer das Partes inicie litígio no território da República Federativa do Brasil e, em razão das normas de direito internacional



privado ou determinação judicial, seja reconhecida a aplicação da legislação brasileira ao caso concreto, as disposições deste contrato deverão ser interpretadas e executadas conforme a legislação brasileira, sem prejuízo da validade das demais cláusulas contratuais.

10. CARÊNCIA

10.1 Quando aplicável, será informado nas condições contratuais e no certificado de seguro individual.

10.1. Suicídio ou sua tentativa: quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou da sua recondução depois de suspenso ou para os casos de Perda Involuntária de Emprego, Incapacidade Total e Temporária e Cirurgias;

10.2. Cirurgias

Para cirurgias decorrentes de acidentes: as cirurgias decorrentes de acidente, não se aplicará carência.

Para cirurgias decorrentes de doenças: será aplicada uma carência de 90 dias a partir da data de início de vigência.

10.3. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente ou doença

Para eventos decorrentes de acidentes não se aplicará carência.

Para cirurgias decorrentes de doenças: poderá aplicada uma carência de até 90 dias a partir da data de início de vigência. Este período será definido no Certificado de Seguro.

10.4. Em caso de renovação da apólice o segurado não estará sujeito a um novo período de carência em nenhuma das garantias contratadas.

10.5. Em todas as coberturas, no evento do segurado não pagar o prêmio por mais de 3 (três) meses consecutivos, o seguro será automaticamente cancelado e não será reativado.

10.6. Caso o segurado estiver interessado em contratar a cobertura novamente, para todos os efeitos, ele será considerado um novo proponente, inexistindo qualquer relação com a cobertura anterior, e neste caso, um novo período de carência será aplicável.

11. FRANQUIA



11.1 Quando aplicável, será informado nas Condições Contratuais e no certificado de seguro individual.

12. CONTRATAÇÃO

12.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

12.2. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o Estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, a correção da divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

12.3. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

- a)** ter idade, na data da adesão ao seguro, entre as idades-limite mínima e máxima para contratação que serão definidas no contrato;
- b)** estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

12.4. As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros, assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

12.5. Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante nas Condições Contratuais o custeio poderá ser:

- a)** Não Contributário, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
- b)** Contributário, em que os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 13.1. A seguradora disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações.
- 13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.
- 13.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 13.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa.
- 13.5. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

- 13.6. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.
- 13.7. Caso seja contratada cobertura para segurados dependentes, com a Inclusão Facultativa de Cônjuges e/ou a Inclusão Facultativa de Filhos, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa



ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

14. VIGÊNCIA

- 14.1.** O início e o término de vigência da apólice serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.
- 14.2.** O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão, quando não houver pagamento de prêmio. Nos casos em que houver a antecipação parcial ou total do prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora.
- 14.3.** O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
- 14.4.** Especificamente para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto, se contratadas, o início e o término da vigência da apólice e do risco individual será indicado no contrato.

15. RENOVAÇÃO

A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e, desde que definido nas condições contratuais, poderá ser renovada automaticamente, por igual período, **uma única vez**. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

- 15.1.** No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.
- 15.2.** Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.
- 15.3.** Caso seja renovada cobertura para segurados dependentes, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.
- 15.4.** Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciam prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.
- 15.5.** Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.
- 15.6.** **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos quanto à vigência encerrada, nos termos da apólice.**
- 15.7.** **Em caso de não renovação da apólice por parte da Seguradora, o segurado, ou o Estipulante, será comunicado 30 (trinta) dias antes do fim da vigência do seguro.**

16. CAPITAL SEGURADO



16.1. O capital segurado contratado para cada garantia constará no Certificado do Seguro Individual e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

17.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE.

17.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

17.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

18. PAGAMENTO DE PRÊMIO

18.1. Para garantir seu direito à cobertura, o Estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

18.2. O prêmio do seguro poderá ser pago mensal ou anualmente durante o período de vigência da apólice e a forma e a periodicidade de cobrança deste seguro serão estabelecidas no ato da contratação.

18.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

18.4. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela acarretará na resolução do contrato de pleno direito.

Decorridos 30 dias do termo inicial da Suspensão do Seguro, decorrente do não pagamento da parcela única ou da primeira parcela e não tendo sido purgada a mora com seus devidos acréscimos cabíveis, o Seguro estará automaticamente

cancelado.

A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.

Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das coberturas da apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicações da seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo para suspensão da cobertura terá início na data do envio da última notificação.

Cancelado o Seguro, está a seguradora liberada integralmente por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da data da mora.

A seguradora poderá adotar, a qualquer tempo, as medidas legais cabíveis para a cobrança dos prêmios de seguro em atraso, sem prejuízo da aplicação de outras medidas contratuais previstas para a regularização do pagamento, suspensão ou cancelamento da cobertura.

18.5. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de um faturamento mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

18.6. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

18.7. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.

18.8. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

18.9. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária

terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

- 18.10.** De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 18.11.** Nos seguros em que a forma de custeio for contributária, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.
- 18.12.** No evento em que um sinistro ocorrido seja submetido para análise e seja efetivamente indenizado, o prêmio não será mais cobrado, e o seguro e todos os seus efeitos de cobertura estarão encerrados.
- 18.13.** Os sinistros que forem negados ou encerrados sem pagamento de indenização, não ocasionarão o cancelamento do seguro. Neste caso, para continuar contando com cobertura securitária vigente, eventuais prêmios devidos deverão ser pagos.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1.** A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 19.1.1.** Neste caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro-rata temporis*”.
- 19.1.2.** Neste evento, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

19.1.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

19.2. Na falta de pagamento do prêmio, o cancelamento da apólice ocorrerá em conformidade com a Lei 15.040.

19.3. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência do seguro, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.4. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302 de 2005.

19.5. A cobertura de qualquer garantia contratada termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) Por falta de pagamento do prêmio, conforme previsto no item 18.4 destas Condições Gerais;
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte;
- e) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;
- f) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando

o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

- g) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro.

20. PROCEDIMENTOS E DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo um evento coberto no período de vigência indicado no Certificado de Seguro Individual, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado no contrato.

20.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- Documento de Identificação do segurado (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional) e CPF frente e verso;
- Comprovante de Residência (ou declaração de residência);
- Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo segurado ou seu representante legal
- Formulário de Pagamento para autorização de crédito em conta corrente.

b) Do(s) beneficiário(s):

- **Pais:** Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- **Cônjugue:** Certidão de Casamento para comprovação do vínculo com o segurado, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- **Companheira(o):** Documento de Identificação (RG, RNE, CNH, Identidade Funcional) e CPF frente e verso), comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- **Filhos:** Certidão de Nascimento, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência, sendo que:

- **Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos** serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - **Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos** serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal.
 - Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.
- c) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das garantias contratadas.
- d) A Seguradora se reserva no direito de solicitar qualquer outro documento que se faça necessário para análise e conclusão do processo.

20.3 DESPESAS DE SALVAMENTO E CONTENÇÃO DE SINISTROS

Em relação as despesas de salvamento e contenção de sinistros, a Seguradora pagará as quantias despendidas com as Despesas de Salvamento e com as Despesas de Contenção de Sinistro, relativas a interesses garantidos pela presente apólice, nos termos expressos nesta cláusula, até o limite fixado no contrato de seguro, através da especificação da apólice, da cobertura principal a que o iminente sinistro se refere, o qual será aplicado por ocorrência, não superando o limite da garantia, também expresso neste contrato.

As medidas ou despesas cobertas através da presente cláusula, de acordo com as circunstâncias de cada ocorrência, podem ser efetivadas por outrem, que não o próprio Segurado, inclusive por Autoridade Competente, cabendo o reembolso pela Seguradora, nos exatos termos das presentes disposições desta cláusula.

Sempre que possível e compatível com a urgência da situação, o segurado deverá obter a prévia concordância da Seguradora para as despesas de salvamento e contenção. A ausência da prévia anuênciam não desobriga a Seguradora, desde que o Segurado comprove a emergência e razoabilidade dos gastos.

Adotando medidas para o salvamento e a contenção de sinistros de interesses NÃO GARANTIDOS, as despesas serão rateadas proporcionalmente entre Seguradora e Segurado.



A PRESENTE CLÁUSULA NÃO ABRANGE as despesas incorridas pelo segurado com a prevenção ordinária de sinistros, em relação aos bens, instalações e interesses segurados, assim consideradas também quaisquer despesas de manutenção, segurança, conserto, renovação, reforma, substituição preventiva, ampliação e outras afins inerentes ao ramo de atividade de cada segurado.

O valor pago a título de despesas de contenção e salvamento não serão deduzidas do limite máximo de indenização da cobertura principal a que o iminente sinistro se refere.

As disposições contidas nesta cláusula não alteram e não ampliam as coberturas objeto do presente contrato de seguro, aplicando-se apenas às despesas de salvamento e de contenção de sinistros incorridas durante o período de vigência do contrato de seguro.

Nos termos da legislação civil vigente, o Segurado se obriga a avisar imediatamente a Seguradora, ao constatar qualquer incidente ou perturbação no local do risco, ou ao receber uma ordem de Autoridade Competente, que possa gerar pagamento de indenização por conta das coberturas previstas nesta cláusula. Além disso, o Segurado se obriga a executar tudo o que for exigido para limitar as despesas ao que seja necessário e objetivamente adequado para conter a ocorrência de fato do sinistro coberto ou para minorar o seu volume e, ainda, para salvar a coisa, ou o interesse coberto. Realizado qualquer pagamento de indenização ou reembolso através da presente cláusula, a Seguradora ficará subrogada de todos os direitos pertinentes, sem exceção, não prevalecendo sobre esta cláusula qualquer tipo de desistência ou renúncia do direito de sub-rogação. Não haverá reintegração do limite de cobertura indicado para a presente cláusula.

Para a aplicação desta cláusula, ficam estabelecidas as seguintes definições e disposições complementares:

- Incidente ou perturbação no local do risco: evento súbito, acidental, incerto - quanto a sua realização ou efetivação dentro da vigência do contrato de seguro, desconhecido do Segurado e externo à coisa, ou ao bem ou ao interesse segurado pelo presente contrato de seguro, e que pode constituir a causa dos danos cobertos pelo presente contrato de seguro.
- Autoridade Competente: autoridade pública legalmente constituída, em qualquer esfera de poder – Federal Estadual ou Distrital e Municipal – e competente para tomar ou determinar medidas ou providências objeto da presente clausula.
- Por ocorrência: representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por evento ou ocorrência coberta por esta cláusula. O referido limite é único e não se aplica, portanto, isoladamente por tipo de despesa coberta – Salvamento e Contenção de Sinistros, sem reduzir a garantia do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 21.1.** Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.
- 21.2.** Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.
- 21.3.** Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 21.4.** O resarcimento de despesas efetuadas no exterior, quando devido, será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 21.5.** A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única
- 21.6.** Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:
 - I. às garantias **MA, MAD, MATPU, MAL, IPALAB, ITT, PVA, QG, POA, IPTA, IPA, IPAD, DIT, FO, IPATU, DMHO, DIHA, DIHUA, DIHUAD, MAEPC, IPAEP, DMHOEPC, IPAR, AM, AMA** definidas nas condições especiais: a data do acidente; Para invalidez não consequente de acidente: a data indicada na declaração médica;
 - II. às garantias **DG, DC, PVD**: a data do diagnóstico da doença;
 - III. às garantias **DIHAD, DIHUAD**: a data do acidente ou do diagnóstico da doença;
 - IV. à garantia de Auxílio-Funeral por Morte Acidental: a data do falecimento;
 - V. à garantia de Convalescença, a data informada na carta de alta médica atestando a necessidade de continuar o tratamento médico em casa;
 - VI. à garantia de Cirurgia: a data da cirurgia conforme informado no prontuário médico .
- 21.7. DECISÃO SOBRE GARANTIA SECURITÁRIA AO FINAL DA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

21.7.1 A comunicação do sinistro não implica reconhecimento de cobertura securitária pela seguradora e tampouco cumprimento das obrigações do Segurado em relação a apresentação de documentos necessários para a análise de cobertura e apuração de prejuízos.

A seguradora deverá comunicar seu posicionamento sobre a existência, ou não, de cobertura securitária em até 30 dias.

O prazo referido acima somente começará a correr quando o Segurado apresentar, satisfazer e/ou viabilizar o atendimento de todos os elementos listados na apólice como necessários para a avaliação de cobertura securitária. A seguradora poderá, diretamente ou por meio de sua equipe de regulação de sinistro, solicitar documentos e informações complementares àqueles listados na apólice sempre que necessário.

Na hipótese de que todos elementos necessários listados na apólice já tenham sido atendidos, e o prazo aplicável já tenha sido iniciado, o pedido de documentos e informações complementares suspende o curso do prazo até que haja o cumprimento do solicitado. A suspensão do prazo ocorrerá na forma prevista em norma aplicável.

Todas as atividades da seguradora, dos reguladores e/ou dos peritos apontados durante os procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importam em reconhecimento de existência de garantia securitária. A decisão final da seguradora será formalmente comunicada sempre ao final dos procedimentos.

21.7.2 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

21.7.3 Se o prazo indicado no item 21.7.2 não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros e mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

21.7.4 Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do reconhecimento da cobertura, conforme previsto na Lei 15.040.

- 21.8.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor**

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

- 21.9.** No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme a seguir:
- a. para segurados com idade entre 14 (catorze) e 16 (dezesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - b. para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- 21.10.** Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente Diferenciada, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 27.2 destas Condições Gerais.
- 21.11.** As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente.
- 21.12.** As coberturas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro e caso haja cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos, serão devolvidos devidamente atualizados conforme Item 23. Pagamento de Atualização Monetária e Juros, **com exceção** da Garantia de Invalidez **Parcial** por Acidente, cuja reintegração do capital segurado será automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 21.13.** **Detalhes específicos sobre sinistros, por tipo de ocorrência será incluída nas Condições Especiais das garantias contratuais.**

22. JUNTA MÉDICA

- 22.1.** Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 22.2.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 22.3.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 22.4.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 22.5.** Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

- 23.1.** Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares e odontológicas.
- 23.2.** O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 23.3.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 24.1.** Os valores das obrigações pecuniárias referentes a este Seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE)**, desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o respectivo pagamento.
- 24.2.** A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação, e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.
- 24.3.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 24.4.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. PERDA DE DIREITOS

- 25.1.** O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:
- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;**
 - b) agravar intencionalmente o risco segurado;**
 - c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;**
 - d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar**

de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
 - II. na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;
 - III. na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;
- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
 - f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
 - g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.
- 25.2. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.
- 25.3. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 25.4. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1. São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em

qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

26.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

- a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuênciâa prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuênciâa da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

27.1. Os beneficiários em caso de Morte Acidental, Morte Acidental em Evento de prazo curto, Morte Acidental decorrente de Roubo, Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular, Morte Acidental por Vítima de Crime, Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo terrestre particular ou pedestre, Morte Acidental ocorrida em Transporte Público autorizado e Auxílio Funeral por Morte Acidental:

27.1.1. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do estipulante.

27.1.2. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

27.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

27.1.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

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

- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

27.2 Para as demais garantias, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

27.2.1 Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 27.1 desta cláusula beneficiária.

28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

28.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.



28.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

29. COMUNICAÇÕES

29.1. As comunicações do segurado ou estipulante deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

29.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados na Lei 15.040/2024.

31. FORO

31.1 Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

31.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 31.1.

SEGURADO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Especiais

ATENÇÃO - Este documento contém a integralidade de coberturas, exclusões, cláusulas especiais e cláusulas particulares que são passíveis de contratação. Isso não implica que todas as disposições previstas se aplicam a todos os casos. Por isso é necessário atentar-se ao que foi negociado nos documentos: sua cotação, sua apólice emitida, sua especificação e ao clausulado correspondente.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, acidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado, se aplicável
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira



Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)

- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Morte Acidental o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada, e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE - TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	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 tibiais peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	6
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

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

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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



A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez e da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

4.1 EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado



foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente. ;

- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
- * Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de resarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico ou dentista assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).
- Notas Fiscais originais, referente aos valores pagos à unidade hospitalar ou odontológica pelo Segurado, bem como dos comprovantes de pagamento relativos aos serviços prestados pela unidade hospitalar.
- Prontuários hospitalares ou odontológico detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente ou doença efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do atendimento médico emergencial e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará, conforme os limites contratados e que constam no certificado de seguro, as despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente ou doença incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Havendo a necessidade deve o segurado procurar atendimento médico-hospitalar ou odontológico;

b)

Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;

c) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. CARÊNCIA

Será aplicada carência em caso de eventos decorrentes de doenças. O período de carência será informado no certificado de seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) Exames e/ou hospitalização para check up;
- e) Fisioterapias;
- f) Complicações da gravidez.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico ou dentista assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).
- Notas Fiscais originais, referente aos valores pagos à unidade hospitalar ou odontológica pelo Segurado, bem como dos comprovantes de pagamento relativos aos serviços prestados pela unidade hospitalar.
- Prontuários hospitalares ou odontológico detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que



possa ser verificada a sua autenticidade.

- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente ou Doença o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO

HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto** e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições contratuais deste seguro.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro**.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

Para fins desta garantia considera-se:

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas**.

PERÍODO MÁXIMO DE FRANQUIA: o período máximo de franquia para a cobertura de diária por internação hospitalar será de até 15 (quinze) dias, a contar da data do acidente pessoal coberto. O período será definido no certificado de seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses



- de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - f) direta ou indireta de quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie, doenças psiquiátricas e mentais consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou substâncias tóxicas ou perigosas, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, salvo quando essas substâncias tiverem sido prescritas por um profissional médico habilitado e consumidas de acordo com tal prescrição.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da internação.
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.



- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Diária por Internação Hospitalar por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado no caso de ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, **devido exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto**, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitado o período de franquia e observados os limites estabelecidos nestas condições contratuais do seguro.

Para fins desta garantia considera-se:

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto, e comprovada por determinação médica.

PERÍODO MÁXIMO DE FRANQUIA: o período máximo de franquia para a cobertura de diária por incapacidade temporária será de 15 (quinze) dias, a contar da data do acidente pessoal coberto.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato;
- b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

- c) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- d) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- f) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- i) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- j) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- k) luxações redicivantes de qualquer articulação;
- l) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- m) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, degenerativas e protusões discais degenerativas;
- n) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- o) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA



A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURADO:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física temporária por doença ou acidente, emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade temporária.
- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Formulário de Alta Médica
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada pelo Segurado, ou; Inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou; as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado do Segurado.
- Se acidente ocorrido no ambiente de trabalho do Segurado, cópia autenticada da comunicação do acidente de trabalho (CAT).

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE FRATURA DE OSSOS

1. OBJETIVO

A cobertura de Fratura de Ossos em Caso garante o pagamento de uma indenização ao segurado nos casos de fratura completa, de fratura múltipla, de fratura complexa, de fratura de Colles e/ou fratura de dedos causada **exclusivamente por Acidente Pessoal coberto**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado do seguro para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se como:

1.1.1. Fratura Completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

1.1.2. Fratura Múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

1.1.3. Fratura Complexa: fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

1.1.4. Fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso.

1.1.5. Fratura de dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

1.2. Se, depois de paga indenização por quebra de ossos em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga pela quebra de ossos deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.3. A quebra de ossos deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.4. 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.

2. CAPITAL SEGURADO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização de acordo com os ossos afetados e os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Discriminação	% sobre Capital Segurado
Pescoço	25
Quadril ou Pélvis	20
Crânio	12
Fêmur (não-quadril), Calcanhar, Braço	10
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Omoplata	8
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Pulso	7
Vértebra (cada uma)	5
Osso Esterno (parte anterior do tórax), patela (rótula)	4
Mão (exceto dedos e pulso)	3
Pés (exceto calcanhar, dedos dos pés), Cóccix	2
Face (exceto crânio, nariz e maxilar)	2
Costelas (cada)	1
Dedos da Mão e do Pé (cada um)	1

3. FRANQUIA: Não haverá franquia.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos do presente seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

- 5.1. Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um**

grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;

- 5.2. Osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);**
- 5.3. Além dos itens 5.1 e 5.2, compõem os riscos excluídos desta cláusula os constantes na condição geral do seguro de acidentes pessoais.**

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora;
- CPF, Carteira de Identidade e Comprovante de Residência do Segurado;
- Ocorrência Policial, quando houver;
- Evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento;
- Relatório devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente, constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado.
- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a fratura óssea emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e grau de fratura e esclarecimentos sobre a condição
- Evidências radiológicas e prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH).
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Se acidente ocorrido no ambiente de trabalho do Segurado, cópia autenticada da comunicação do acidente de trabalho (CAT).

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA OCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre garante o pagamento do capital segurado contratado, e definido no certificado para esta garantia, aos beneficiários do segurado, na ocorrência de um acidente de trânsito, coberto como Acidente Pessoal por este seguro, quando o segurado for ocupante de um Veículo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

A contratação desta garantia determina a contratação da seguinte cobertura:

a) Morte Acidental decorrente de acidente ocorrido em Transporte Público Autorizado

Para fins desta garantia considera-se:

PASSAGEIRO: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um transporte coletivo.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO: é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de

“peruas” ou assemelhados, na modalidade “lotação”, além de táxi e moto-táxi.

VEÍCULO PARTICULAR: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. Não se encaixam neste item os veículos alugados, de autoescola, táxis e de competições.

OUPANTE: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um veículo particular.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado,



independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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.

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



2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) Acidente com veículo conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;
- b) Acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos receitados.
- c) Acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo.
- d) Acidente com veículo ocorrido quando em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA OCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE DO SEGURADO:

- Certidão de óbito do segurado
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado, se aplicável
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver



- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre são cumulativas com a garantia de Morte Acidental, se contratada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DIFERENCIADA OCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada ocorrido em veículo particular ou pedestre garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta garantia, aos beneficiários do segurado, na ocorrência de acidente ocorrido em Veículo Particular ou Pedestre em caso de invalidez permanente do segurado decorrente de um acidente de trânsito, **como acidente pessoal coberto por este seguro**, quando o segurado for ocupante de um Veiculo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veiculo motorizado, seja coletivo ou particular, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

A contratação desta garantia determina a contratação da seguinte cobertura:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de acidente ocorrido em Transporte Público Autorizado.

Para fins desta garantia considera-se:

PASSAGEIRO: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um transporte coletivo.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO: é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de "peruas" ou assemelhados, na modalidade "lotação", além de táxi e moto-táxi.

VEÍCULO PARTICULAR: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. Não se encaixam neste item os veículos alugados, de auto- escola, táxis e de competições.

OCUPANTE: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um veículo particular. 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 seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos 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 rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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
	o de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	da total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda de um dos segmentos tibios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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
	parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	

	Encurtamento de um dos membros	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	6
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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.

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



2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) Acidente com veículo conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;
- b) Acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos receitados.
- c) Acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo.
- d) Acidente com veículo ocorrido quando em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DIFERENCIADA POR ACIDENTE OCORRIDO EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão,



atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente

- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
- Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de resarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada ocorrido em veículo particular ou pedestre são cumulativas com a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, se contratada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada ocorrido em veículo particular ou pedestre o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE BAGAGEM

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de extravio, roubo ou destruição da bagagem do segurado durante período de viagem, desde que sob a responsabilidade da companhia transportadora e comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de perda (PIR - Property Irregularity Report), calculada exclusivamente pelo peso da bagagem, não importando, sob qualquer alegação, seu conteúdo.

Para fins desta garantia considera-se:

BAGAGEM: será considerada bagagem, para efeito da cobertura prevista nesta garantia adicional, todo volume, acondicionado em compartimento fechado, despachado, comprovadamente sob responsabilidade da companhia transportadora. **Não será considerada, para efeito deste produto, a bagagem não despachada transportada pelo segurado (bagagem de mão).**

1.1. DANOS À BAGAGEM

Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização relativa aos danos ocasionados à(s) bagagens(s) do segurado durante período de viagem, **desde que sob responsabilidade da companhia transportadora e devidamente comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de dano (PIR - Property Irregularity Report).**

A seguradora indenizará o segurado pelo custo de reposição ou reparo das bagagens danificadas até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

A seguradora poderá solicitar ao segurado a apresentação de um orçamento de reparos ou cotação de compra de outra bagagem, em caso de reembolso do valor referente ao reparo ou aquisição de nova bagagem até o valor máximo do Capital Segurado contratado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:



- a) ocorrência de confisco ou apreensão de bagagem por parte da Alfândega ou outra autoridade governamental;**
- b) atuação do segurado como operador ou membro da tripulação no meio de transporte que deu origem ao evento;**
- c) evento não notificado pelo segurado à companhia transportadora, através do preenchimento do informe de irregularidade, antes de deixar o local de desembarque;**
- d) evento em que o segurado não tomou as medidas necessárias para salvaguardar ou recuperar a bagagem perdida.**
- e) os danos causados ao conteúdo da bagagem.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Relatório comprobatório de perda emitida pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report), que ateste o peso, em quilogramas, da bagagem perdida;
- Tiquete de bagagem original;
- Recibo de indenização emitido pela companhia transportadora.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

As despesas efetuadas no exterior devem ser resarcidas com base no câmbio oficial – BACEN – Banco Central do Brasil – de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.



6. CANCELAMENTO DO SEGURO

Além das situações previstas nas Condições Gerais, a cobertura de qualquer certificado termina, para fins desta garantia, **na data do retorno de viagem do segurado, quando a mesma for anterior à data de término de vigência constante do Certificado do seguro.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Bagagem o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

O plano de seguro contratado poderá incluir cobertura para o cônjuge e/ou companheiro(a) do Segurado Principal, de forma facultativa, mediante o atendimento das condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

Para fins desta Cláusula Suplementar, define-se:

SEGURADO PRINCIPAL: é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

SEGURADO DEPENDENTE: é o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, devidamente aceito no plano de seguro e incluído no certificado do seguro.

Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, que deverá indicar o cônjuge ou companheiro(a), o qual será coberto pelo seguro.

Será incluído o cônjuge e/ou companheiro(a) do Segurado Principal que atenda às condições de aceitação para o ingresso no seguro, e as demais elencadas na respectiva Cláusula, sendo o Capital Segurado fixado em percentual não excedente a 100% do correspondente Segurado Principal, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

O prêmio adicional relativo ao custo destas coberturas será determinado no contrato do Seguro.

As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o Segurado Principal, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é Segurado Dependente.

As garantias contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro(a) que tenha sido aceito como Segurado Principal no seguro.

As garantias contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas no contrato e no Certificado de seguro.



Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à Morte do cônjuge e/ou companheiro(a) será paga diretamente ao Segurado Principal e as indenizações correspondentes a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente serão efetuadas diretamente ao próprio cônjuge e/ou companheiro(a) segurado.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do Segurado Principal deve ser devidamente reconhecido na forma da Lei.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;**
- b) No caso do Segurado Principal ser excluído da apólice;**
- c) No caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;**
- d) No caso de separação judicial ou divórcio;**
- e) No caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);**
- f) Por solicitação do Segurado Principal.**

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado Dependente, ou o próprio



Segurado Dependente, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do Segurado Dependente, se aplicável
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado Dependente como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado Dependente (CNH)
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidade Permanente
- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado Dependente como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado Dependente (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado Dependente.
- Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de resarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.

EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados; • Receita Médica.
- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado Dependente, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico ou dentista assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado Dependente foi atendido, bem como diagnóstico, descrição da lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).
- Notas Fiscais originais, referente aos valores pagos à unidade hospitalar ou odontológica pelo Segurado , bem como dos comprovantes de pagamento relativos aos serviços prestados pela unidade hospitalar.
- Prontuários hospitalares ou odontológico detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado Dependente.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado Dependente como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado Dependente (CNH)
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado Dependente, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil,

contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da internação.

- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver

EM CASO DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física temporária por doença ou acidente, emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade temporária.
- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado Dependente.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado Dependente como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado Dependente (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Formulário de Alta Médica
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada pelo Segurado Dependente, ou; Inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou; as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado do Segurado Dependente.
- Se acidente ocorrido no ambiente de trabalho do Segurado Dependente, cópia autenticada da comunicação do acidente de trabalho (CAT).



5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjugue o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS

1. OBJETIVO

O plano de seguro contratado com a Cláusula de Inclusão Facultativa de Cônjugue poderá dispor, para as garantias de Morte, da Cláusula de Inclusão de Filhos do Segurado Principal, considerados dependentes do Segurado Principal na forma da Lei, observadas as condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

Para fins desta Cláusula Suplementar, define-se:

SEGURADO PRINCIPAL: é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

SEGURADO DEPENDENTE: é o filho, enteado ou menor considerado dependente do Segurado Principal devidamente comprovado na forma da Lei, aceito no plano de seguro e incluído no certificado do seguro.

Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado componente principal para efeito desta garantia.

O Capital Segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do Segurado Principal, o qual será o beneficiário do seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
O prêmio adicional relativo ao custo destas garantias será determinado no contrato do Seguro. Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão de todos os filhos do Segurado Principal enquadrados como Segurado Dependente na definição desta Cláusula Suplementar.

As garantias contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas no



contrato e no Certificado de seguro.

Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à Morte do Segurado Dependente será paga diretamente ao Segurado Principal.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Cláusula Suplementar.

3. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;**
- b) No caso de o Segurado Principal ser excluído da apólice;**
- c) No caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;**
- d) No caso de cessação da condição de dependente do Segurado Principal previsto na forma da Lei;**
- e) Por solicitação do Segurado Principal.**

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado Dependente deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por



- autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE PAIS

1. OBJETIVO

O plano de seguro contratado com a Cláusula de Inclusão Facultativa de Pais poderá dispor a garantia de Auxílio-Funeral por Morte Acidental, observadas as condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

Para fins desta Cláusula Suplementar, define-se:

SEGURADO PRINCIPAL: é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

SEGURADO DEPENDENTE: são os pais que constam no registro de nascimento do segurado principal.

O Capital Segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do Segurado Principal, o qual será o beneficiário do seguro.

Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à Morte do Segurado Dependente será paga diretamente ao Segurado Principal.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Cláusula Suplementar.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;



- b) No caso do Segurado Principal ser excluído da apólice;**
- c) No caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;**
- d) Por solicitação do Segurado Principal.**

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado Dependente deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO DEPENDENTE:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, acidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado Dependente como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado Dependente (CNH)
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Cláusula Suplementar de Inclusão de Pais o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental em Evento Prazo Curto garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto em território brasileiro.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com



averbação de Óbito do segurado, se aplicável

- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias;
- Comprovante da participação do segurado no evento citado.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Morte Acidental em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver outra vista	70
PARCIAL DIVERSAS	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20

	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibiais peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
Encurtamento de um dos membros		
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
* de 4 (quatro) centímetros		10

	* de 3 (três) centímetros	6
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

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

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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.



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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8– “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto em território brasileiro.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL EM EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente, após a finalização de todos os tratamentos e com a alta médica definitiva;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados
- Comprovante de participação no evento.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ONDONTOLÓGICA POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) **aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) **hospitalizações para check- up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente**

restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- i) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- l) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós- laminectomia, e protusões discais degenerativas;
- m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto em território brasileiro.

4. DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos



mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

**EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM
EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica;
- Comprovante de participação no evento, conforme estabelecido na contratação do seguro

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

DECORRENTE DE ROUBO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental decorrente de Roubo garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte acidental do segurado decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Para fins desta garantia considera-se:

ROUBO: é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia;



- Peças do Inquérito Policial, caso necessárias

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Morte Acidental decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

Para fins desta garantia considera-se:

ROUBO: é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

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 seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver outra vista	70

PARCIAL DIVERSAS	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos 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 rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3

	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros		
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
* de 4 (quatro) centímetros		10
* de 3 (três) centímetros		6
* menos de 3 (três) centímetros:		s/ indenização

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

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente, após tratamentos realizados e alta médica definitiva;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ROUBO

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo**, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições contratuais deste seguro.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 60 (sessenta) diárias por evento** ocorrido durante o período de vigência anual do seguro, **até o máximo de 3 (três) eventos** por período de vigência.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

Para fins desta garantia considera-se:

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

ROUBO: subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

PERÍODO MÁXIMO DE FRANQUIA: o período máximo de franquia para a cobertura de diária por internação hospitalar decorrente de roubo será de até 15 (quinze) dias, a contar da data do acidente pessoal coberto. O período será definido no certificado de seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) Estados de convalescência (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- h) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- i) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós- laminectomia, e protusões discais degenerativas;
- m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);



- n) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida para a internação hospitalar, respectivamente, em território brasileiro, porém o roubo ou tentativa de roubo causador do evento coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ROUBO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Boletim de Ocorrência Policial, ou documento similar.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE AUXÍLIO-FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante aos beneficiários do seguro o reembolso de despesas com o funeral do segurado, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto e ocorrido no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observado o seguinte critério:

- a) Cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

4. DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE AUXÍLIO-FUNERAL:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira



Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)

- Comprovantes originais de despesas incorridas com o funeral do Segurado e suas respectivas Notas Fiscais.

A comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Auxílio-Funeral por Morte Acidental o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÃO ESPECIAL

GARANTIA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de perda de visão por acidente garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Garantida de Perda de Visão por Acidente - PVA:

- a) acidentes médicos;
- b) auto lesão;
- c) consequências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos; e
- d) doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato e termina:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico no decurso de sua vigência e que



venham a ter CEGUEIRA LEGAL, como consequência direta de acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;

- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O diagnóstico de PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE deverá ser feito em território brasileiro, sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a franquia correspondente.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15



(quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade 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.

A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

As coberturas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro e caso haja cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos, serão devolvidos devidamente atualizados conforme Item 20. Pagamento de Atualização Monetária e Juros.

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica Atestando a Cegueira Legal
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada a seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na



data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

As providências, ou atos que a seguradora praticar após o evento, não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Perda de Visão por acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA PERDA DE VISÃO POR DOENÇA

1. OBJETIVO

A cobertura de perda de visão por doença garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes das doenças previstas nesta condição especial, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Para fins desta garantia, considera-se perda da visão: quadro irreversível comprovada por médico especialista, exames complementares e deverá ser considerada como CEGUEIRA LEGAL.

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada, provenientes exclusivamente das doenças:

- Ceratocone
- Glaucoma
- Descolamento de Retina
- Retinopatia Diabética
- Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)
- Tumor Primário
- Neurite Óptica
- Uveíte
- Obstruções dos vasos
- Obstruções de artéria (infarto da retina)

DEFINIÇÕES

- a) **Ceratocone** é uma doença da córnea. É um distúrbio chamado distrofia continua e progressiva, que altera a curvatura da córnea que tem o formato de uma meia esfera. Com o progresso da doença, o formato da córnea torna-se cada vez mais semelhante a um cone, dai a origem do nome ceratocone.
- b) **Glaucoma** pode ser definido como uma lesão do nervo óptico, de caráter progressivo, com perda de campo visual e risco de cegueira caso não diagnosticado e tratado a tempo. Há direta relação com a pressão intra-ocular (PIO), sendo que a maioria dos portadores de glaucoma apresenta PIO elevada.
- c) **Descolamento de Retina** é a separação de duas camadas da retina quando a parte sensorial (relacionada com a visão) se separa da camada pigmentada da retina, que é o epitélio pigmentar (relacionada com a nutrição da retina sensorial). Podem ser causados por traumatismo ou doença.
- d) **Retinopatia Diabética:** A diabetes lesa os vasos sanguíneos da retina e pode ocasionar crescimento anômalo dos vasos numa fase mais avançada da doença. A retina é uma camada de prolongamento dos nervos, onde estão as células receptoras responsáveis por perceber a luz e ajudar a enviar as imagens ao cérebro. O dano aos vasos sanguíneos da retina pode ter como resultado vazamento de fluído ou sangue e que poderão causar fibrose e desorganizar a retina.
- e) **Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)** está associada ao envelhecimento e é causada por uma atrofia ou afinamento das células visuais da mácula. A mácula é um ponto no centro da retina, responsável pela visão central usado para a leitura e para outras tarefas refinadas.
- f) **Tumor (primário):**
 - **Retinoblastoma** é um tumor ocular originário das células da retina (membrana ocular sensível à luz). Trata-se do mais comum tumor ocular na infância.
 - **Melanoma de Coróide** é a neoplasia maligna intraocular mais comum do adulto. Derivada do neuroectoderma pode ter origem na íris, corpo ciliar ou, mais comumente, coróide. A disseminação hematogênica é comum, sendo o fígado o foco de metástase preferencial.
- g) **Neurite Óptica:** é uma inflamação do nervo óptico. O nervo óptico é o responsável por levar a informação do olho até o cérebro. A inflamação causa desmielinização, uma alteração na camada mais externa do nervo, impedindo que a informação seja transmitida de maneira eficaz.

- h) **Uveíte** é o nome do grupo de doenças que causa inflamação dentro do olho. Existem diferentes tipos de uveítes.
- i. **Uveíte anterior (iritite ou iridociclite)** são as localizadas na parte mais anterior do olho acometendo a córnea, câmara anterior e iris.
 - ii. **Uveíte intermediária** são as localizadas na parte intermediária do olho
 - iii. **Uveíte posterior** são as localizadas na parte mais posterior: vítreo, retina e nervo óptico
 - iv. **Panuveíte** são as inflamações que afetam todo o olho
- i) **Obstruções dos vasos** da retina muito comuns. Geralmente acontece em pessoas que tem hipertensão arterial, diabetes ou doenças hematológicas. Nas obstruções de veias ocorre vazamento do sangue de dentro dos vasos para a retina. Essa hemorragia causa imediata baixa de visão além de criar condições para o aparecimento de problemas mais graves como o glaucoma neovascular e o edema macular.
- j) **Obstruções de artéria (infarto da retina)** ocorre interrupção imediata da circulação do olho por um coágulo que obstrui a artéria nutridora da retina. É quadro extremamente grave com perda acentuada e imediata da visão e necessita avaliação com a máxima urgência.

2. CARÊNCIA

- 2.1. O período de carência para esta cobertura estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura conforme consta no certificado individual.
- 2.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos mencionados nas condições gerais como riscos e eventos excluídos, estão excluídos desta cobertura:

- **As doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**
- **As demais doenças oftalmológicas não relacionadas no item 1.**
- **As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com recuperação da acuidade visual, mesmo que parcial.**

As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com uso de lentes corretoras.

- **Diabetes tipo 1 e 3**



4. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato e termina:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico no decurso de sua vigência e que venham a ter CEGUEIRA LEGAL, como consequência direta da doença coberta, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O diagnóstico de **PERDA DE VISÃO POR DOENÇA** deverá ser feito em território brasileiro, sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.



A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade 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.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando a perda de visão do Segurado por doença, emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da condição.
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado para atestar a condição.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Perda de Visão por Doença o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE PROTESE OCULAR

1. OBJETIVO

A cobertura de Prótese Ocular garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o segurado seja elegível a indenização de uma das coberturas de **Perda de Visão por Acidente ou Doença**

Perda de Visão por Doença, e decorrente dos eventos relacionados a estas coberturas seja necessário (exclusivamente) a utilização:

- Prótese Ocular;
- Lente Escleral Pintada;
- Esfera de Luxite ou Muller.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro. A elegibilidade a indenização será constatada através do relatório médico comprovando a necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller.

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

Prótese Ocular: É um órgão artificial que substitui o globo ocular, no caso de enucleação;

Lente Escleral Pintada: Usa-se quando a pessoa ainda tem o globo ocular, no caso de olho branco, causado por várias doenças que causam a cegueira. Nesse caso a pessoa não teve o vazamento do globo ocular, é uma lente finíssima colocada por cima do globo.

Esfera de Luxite ou Muller: Serve para diminuir a cavidade (órbita) e dar mais movimento. Substitui o globo ocular.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta cobertura os riscos e eventos excluídos mencionados nas Condições Gerais e nas Garantias de Perda de Visão por Acidente – PVA e Garantias de Perda de Visão por Doença – PVD.

4. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato e termina:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico da necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintado, Esfera de Luxite ou Muller no decurso de sua vigência, como consequência direta da doença ou acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O diagnóstico de **PROTESE OCULAR** deverá ser feito em território brasileiro, sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.



6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade 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.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

As coberturas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro e caso haja cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos, serão devolvidos devidamente atualizados conforme Item 20. Pagamento de Atualização Monetária e Juros.



7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica Atestando a necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller.
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada a seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

As providências, ou atos que a seguradora praticar após o evento, não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta garantia de Prótese Ocular o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por acidente em Transporte Público Autorizado, ocorrido exclusivamente de acidente pessoal coberto, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, e seguintes das Condições Gerais estão excluídos desta garantia os eventos:

- a) **não decorrentes de acidentes em transporte público autorizado;**
- b) **decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e**
- c) **ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.**



3. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência Policial emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Certidão de Óbito;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado, se aplicável
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente por doença, consequente de doença coberta que cause sua perda de sua existência independente, diagnosticada durante o período de vigência deste Seguro.

Para fins desta cobertura, considera-se “perda da existência independente” a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

São consideradas doenças cobertas **única e exclusivamente as seguintes:**

- 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 plano de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- c.** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d.** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e.** Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f.** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

- g. Deficiência visual, decorrente de uma das seguintes doenças:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- h. Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º ou,
- i. Ocorrência simultânea de quaisquer das doenças listadas acima;
- j. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- k. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como doenças cobertas desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (conforme modelo abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

Atributos	Escala	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º Grau O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, memória e juízo de valor.	00
	2º Grau O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	1º Grau O Segurado apresenta-se 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.	00
	2º Grau O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

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

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

Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valora cada uma das situações ali previstas.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez funcional permanente por doença do segurado resultar de:

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



3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura somente será válida para diagnóstico de Invalidez Funcional Permanente por Doença realizado em território brasileiro.

4. CARÊNCIA

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na apólice e/ou no Certificado Individual de Seguro.

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

5. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data do diagnóstico da doença que ocasionou a invalidez funcional permanente por doença.

A invalidez deverá ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Adicionalmente aos documentos descritos no item 20.2, deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a.** relatório do médico-assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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; e
- b.** documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.



Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

7. INFORMAÇÕES GERAIS

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só a invalidez funcional permanente por doença do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias 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.

Não restando comprovada a invalidez funcional permanente por doença, o seguro continuará em vigor, sem qualquer devolução do prêmio.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez funcional.

Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

Mediante a contratação da presente cobertura, a Seguradora obriga-se a garantir o pagamento ao Segurado de uma indenização no valor estabelecido na especificação da apólice, em decorrência de **diagnóstico** comprovado por médico habilitado no Brasil e exames complementares, quando exigidos, de uma das condições a seguir especificadas, durante a vigência do seguro e após o período de carência.

- Câncer (Neoplasia Maligna).
- Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral).
- Infarto Agudo do Miocárdio.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronárias (*Bypass*).
- Insuficiência Renal Crônica em estágio terminal.
- Cirurgia para Transplante de Órgãos.

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

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro, observados os itens de Carência e Riscos Excluídos, constantes das Condições Gerais e desta Cláusula.

O conjunto de coberturas para Doenças Graves e procedimentos médicos que caracterizam os eventos cobertos por essa Cláusula, será escolhido pelo proponente, no momento do preenchimento da Proposta de Contratação e, **não poderão ser contratadas isoladamente**.

2. DENIFICAÇÕES

Para fins desta cobertura entende-se por:

- a) **Câncer (Neoplasia Maligna):** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas com invasão de tecidos.

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

- b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):** obstrução aguda da circulação sanguínea cerebral (isquemia cerebral) ou ruptura de vaso sanguíneo intracraniano (hemorragia cerebral) que resulta em déficit neurológico permanente.

O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por meio de exame de imagem (tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética). As alterações clínicas de déficit neurológico permanente devem ser documentadas para caracterizar o diagnóstico.

- c) Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

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

- História de dor torácica;
- Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- Elevação das enzimas cardíacas (incluindo CPK-MB), troponinas e outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

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

Realização de cirurgia cardíaca, com abertura da caixa torácica, para o tratamento da estenose ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

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

- d) Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal:** etapa final de uma doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise, diálise peritoneal) ou transplante renal.

Deve ser diagnosticada por médico especialista e demonstrada por meio de exames complementares apropriados.

- e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:** realização de cirurgia para transplante de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim,

intestino delgado e medula óssea.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também NÃO estão incluídas nas respectivas coberturas:

a) Câncer (Neoplasia Maligna):

- Qualquer lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- Todos os cânceres não invasivos (*in situ*);
- Câncer de próstata no estádio I e IIA pela classificação TNM 7^a edição de 2009 e estádio A1, A2, B1 e B2 pela Classificação de Jewett-Whittmore;
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido for baixo, ou seja, menor que 1,5 mm, segundo o Índice de Breslow;
- Qualquer tumor maligno em portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) contraído antes da vigência do seguro;
- Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- Câncer existente antes da data de início de vigência da apólice.

b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):

- Ataque isquêmico transitório;
- Hemorragia cerebral causada por trauma de crânio;
- Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro; e Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- Infarto do miocárdio sem alterações específicas no eletrocardiograma, sem aumento da CPK-MB e com elevação da troponina I ou T; e
- Outras síndromes coronarianas agudas.

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

- Angioplastia coronariana e outros procedimentos intra-arteriais;
- Cirurgia minimamente invasiva (*key-hole*), cirurgia robótica e quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres



cirúrgicos; e Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:

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

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida somente para o diagnóstico feito em território brasileiro.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

Durante o período de 90 (noventa) dias contados do início de vigência desta cobertura o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula.

No caso de solicitação de aumento do Capital Segurado, o período de carência prevalecerá para a parcela de capital aumentada.

6. FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

7. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data em que o Segurado for diagnosticado com a Doença Grave prevista como risco coberto e será pago sob forma de parcela única.

8. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora, além dos exames já descritos para cada uma



das Doenças Graves, no item 2. Conceitos e os documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar também os seguintes documentos básicos:

- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Exames complementares que tenham sido realizados e por meio dos quais seja possível atestar o quadro clínico comprovante da doença grave coberta;
- Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do Segurado;
- Relatório detalhado do médico atestando o diagnóstico de Doença Grave prevista como risco coberto; e
- Diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 (dois) especialistas, quando a doença assim exigir.

Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

9. INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o Segurado venha a falecer.

Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos. Esta cobertura será regida pelas Condições Gerais do Seguro, além destas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, quando constatada Doença Congênita de seu filho legítimo, **detectada no 1º (primeiro) mês de vida e, comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento**, devidamente comprovada por médico habilitado, e **durante a vigência da apólice**.

Para fins desta cobertura, entende-se como Doença Congênita aquela que nasce com o indivíduo, resultante da má formação do organismo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a Doença Congênita for decorrente de:

- a. eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados, pela mãe, durante o período de gestação;
- b. fator ambiental, constatado ou declarado por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e
- c. eventos decorrentes de mau uso ou inabilidade de produtos químico pela mãe, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
- d. natimorto; e
- e. doença congênita preexistente ou conhecida durante o período de gestação ou antes do término do período de carência.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para eventos ocorridos em Território Nacional Brasileiro**.



4. CARÊNCIA

Esta cobertura está sujeita a uma carência de 180 (cento e oitenta) dias, a partir do início de vigência da cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

6. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data em que o filho legítimo do Segurado for diagnosticado com a Doença Congênita prevista como risco coberto, sendo considerada como data do evento a data da realização dos exames que especificam e caracterizam a doença, indicada na declaração médica.

O capital segurado será limitado a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da cobertura contratada pelo segurado titular.

Na hipótese de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado no certificado do seguro.

Adicionalmente aos documentos descritos no item 20.2, deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a. Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b. Cópia de todos os exames e laudos médicos que comprovem a Doença Congênita;
- c. Cópia da certidão de nascimento do filho; e
- d. Cópia atualizada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja Segurada principal.

8. INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da



indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a serem devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente garante o pagamento do capital segurado ao segurado em razão da ocorrência de um ou mais eventos listados no item 2 a seguir, causado por Acidente Pessoal coberto, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, 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;
- h) Alienação mental total e incurável.

3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

- 3.1.** No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.
- 3.2.** No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) as doenças 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;**
- c) invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não prevista no item 2.**

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de resarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidade Parcial ou Permanente.
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente em Transporte Público Autorizado, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequênci do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos 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 rádioulnares	30%

	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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, exclusivo o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09%
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09%
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de um dos pés	50%
	Fratura não consolidada de um fêmur	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do	indenização equivalente a ½ do respectivo dedo

	Perda total do uso de uma falange dos demais dedos.	Indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo.
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	* de 4 (quatro) centímetros	10%
	* 3 (três) centímetros	06%
	* menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

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

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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

3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.



- 1.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.
- 1.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, e seguintes das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente em transporte público autorizado;**
- b) **as doenças 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;**
- c) **a perda de dentes e os danos estéticos;**
- d) **os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e**
- e) **os eventos ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.**



5. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento a data do acidente.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de resarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Parcial ou Permanente.
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Vítima de Crime garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente decorrente de crime, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente"

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09%
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09%
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de um dos pés	50%
	Fratura não consolidada de um fêmur	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do	indenização equivalente a ½ do respectivo dedo
	Perda total do uso de uma falange	Indenização

	dos demais dedos.	equivalente a 1/3 do respectivo dedo.
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	* de 4 (quatro) centímetros	10%
	* 3 (três) centímetros	06%
	* menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

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

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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

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.

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

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



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

- 3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.
- 3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) **as doenças 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;**
- c) **a perda de dentes e os danos estéticos.**

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Vítima de Crime são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência do ato violento.



7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Parcial ou Permanente.
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL POR VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental por Vítima de Crime garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado decorrente de crime, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item **27 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA** das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental por Vítima de Crime são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação



do Seguro.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência do ato violento.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, accidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado, se aplicável
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Peças do Inquérito Policial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE QUEIMADURAS GRAVES

1. OBJETIVO

A cobertura de Queimaduras Graves garante o pagamento de uma indenização de acordo com o grau de queimadura (de 2º e 3º graus) sofrido e extensão, conforme tabelas no item 2, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se:

1.1.1. **Queimadura:** decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando a epiderme e a derme (2ª camada da pele), causando a formação de bolhas e dor acentuada.

1.1.2. **Queimadura de 1º grau:** destruição apenas da camada superficial da pele, da epiderme. No local da lesão, surgem vermelhidão, inchaço e forte sensação de ardência. Pode haver a formação de bolhas, mas não é comum.

1.1.3. **Queimadura de 2º grau:** destruição mais profunda da epiderme. No local da lesão surgem bolhas ("flictenas") e é muito dolorosa, porque há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas.

1.1.4. **Queimadura de 3º grau:** destruição da epiderme em toda a sua espessura, tão profunda que pode atingir os músculos e ossos. Os tecidos ficam negros e sem vida (necrose), não há dor porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas.

1.2. Se, depois de paga indenização por queimadura, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga pela queimadura deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.3. A queimadura deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

- 1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização em função do grau da queimadura e da superfície corporal atingida, conforme os percentuais estabelecidos nas tabelas descritas a seguir:

TABELA DE QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	100%
ENTRE 18% E 27%	80%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	60%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	30%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	6%

TABELA DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	60%
ENTRE 18% E 27%	48%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	38%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	18%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	4%

As percentagens não se acumulam, quando o mesmo acidente resultar em mais de um tipo de queimadura, a indenização deve ser calculada com base na tabela de queimaduras de maior grau.

Queimaduras que atinjam menos de 1% da superfície corporal, não dão direito à indenização.

3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.



- 3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

- 3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes das Condições Gerais, estão excluídas desta garantia as queimaduras de 1º grau.

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Queimaduras são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

7. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

8. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência Policial emitido pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório detalhado do médico e exames de diagnóstico atestando as lesões ocorridas



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA POR MORTE ACIDENTAL EM ATIVIDADE LABORATIVA REGULAR

1. OBJETIVO

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, somente em caso de morte acidental do segurado, e desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho ou suas dependências, durante o período de vigência do seguro, exceto quando decorrente de riscos excluídos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos e eventos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do Segurado resultar de:
- a) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo relacionado com sua morte acidental;
 - b) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - c) quaisquer 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 pessoal;
 - d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
 - e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças

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

- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;**
- g) autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;**
- h) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, bem como os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do segurado ou das suas dependências.**

3. INDENIZAÇÃO

- 3.1. O valor da indenização será correspondente ao capital segurado vigente na data da morte do segurado.**

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1. Ocorrendo um sinistro, além dos documentos listados no item 20 das condições gerais, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.**
- 4.2. Deverão ser apresentados a seguradora os documentos listados a seguir:**
 - Boletim de Ocorrência Policial emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
 - Atestado de Óbito;
 - Laudo de Necrópsia;
 - Relatório RAT (Relatório de Acidente de Trabalho) da Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho e Segurança do Trabalho
 - Comprovante de vínculo empregatício;
 - Peças do Inquérito Policial, caso necessárias. Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário
 - Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte accidental presumida;
 - cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do



- segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal). Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

- 5.1. Quando houver a cobertura simultânea desta garantia com a de invalidez permanente total ou parcial por acidente – atividade laborativa regular, as indenizações não se acumulam.**
- 5.2. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente o segurado falecer como decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida por esta cobertura, deduzido o valor já pago pela cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**
- 5.3. A seguradora não exigirá a devolução da diferença caso a indenização paga pela cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente seja superior à desta cobertura.**
- 5.4. Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM ATIVIDADE LABORATIVA REGULAR

1. OBJETIVO

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, em caso de sua invalidez permanente total ou parcial por acidente, decorrente **de causas exclusivamente acidentais**, e **desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho ou suas dependências**, durante o período de vigência do seguro, **exceto quando decorrente de riscos excluídos**.
- 1.2. Para fins desta cobertura, invalidez permanente total por acidente é a perda, redução ou impotência funcional, que decorre de acidente pessoal **não considerado como risco excluído**, e que é considerada definitiva quando terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado resultar de:
 - a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
 - b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - c) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

3. INDENIZAÇÃO

- 3.1. O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente que deixou o Segurado inválido.
- 3.2. A invalidez deverá ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora.
- 3.3. Constatada e avaliada a invalidez permanente total ou parcial, a seguradora efetuará o pagamento da indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:
 - intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, sincope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
 - lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez accidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
 - autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
 - perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro; e
 - quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, bem como os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do segurado ou das suas dependências.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos 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 rádioulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares,	25%

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	inclusive o metacarpiano	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09%
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09%
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de um dos pés	50%
	Fratura não consolidada de um fêmur	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do	indenização equivalente a ½ do respectivo dedo
	Perda total do uso de uma falange dos demais dedos.	Indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo.
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%

	* de 4 (quatro) centímetros	10%
	* 3 (três) centímetros	06%
	* menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

- 3.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do percentual sobre o valor previsto para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.5. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
- 3.6. Nos casos não especificados neste seguro, a indenização será estabelecida tomando- se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.7. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento)**.
- 3.8. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder o valor da indenização prevista para sua perda total**.
- 3.9. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 3.10. O capital segurado de invalidez permanente parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.
- 3.11. **Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente.** Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1. Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.
- 4.2. Adicionalmente aos documentos listados no item 20.2 das Condições Gerais, deverão ser apresentados à Seguradora os documentos a seguir:
 - Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
 - Laudo Pericial do local do acidente, se houver
 - Comprovante de despesas incorridas com a comprovação do sinistro oriundas de exames solicitados pela seguradora ou de outras providências por ela solicitadas. Em caso de ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, comprovante das despesas incorridas com tradução juramentada.
 - Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Parcial ou Permanente.
 - Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
 - cópia da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, Brevê do Segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
 - cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT),
 - cópia do termo de curatela definitivo, em casos de invalidez permanente total ou parcial com alienação mental;

5. JUNTA MÉDICA

- 5.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da invalidez, a seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de junta médica.



- 5.2. A junta será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 5.3. A junta será constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a indicação do membro pelo Segurado.
- 5.4. **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.**
- 5.5. Caso o Segurado ou seu representante, conforme o caso, se recuse formalmente a apresentar os documentos solicitados ou a se submeter à junta, a seguradora fará a apuração do valor do risco com base nos dados que possuir. **Assim, se não houver elementos suficientes, poderá não reconhecer o risco, hipótese em que não será devida qualquer indenização.**

6. INFORMAÇÕES GERAIS

- 6.1. **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão defeituoso antes da contratação do Seguro não dará direito ao pagamento da indenização, por ser considerada doença preexistente.**
- 6.2. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só a invalidez do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

- 6.3. Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

1.1 O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização diária ao segurado, durante o período em que se verificar sua incapacidade temporária **decorrente de acidente que não seja considerado risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, ou de doença que não seja considerada um risco excluído, diagnosticada durante o período de vigência do seguro, observada a franquia prevista e o limite máximo de diárias estabelecido por evento.**

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto ou de doença que não seja considerada um risco excluído, e comprovada por determinação médica.

PERÍODO MÁXIMO DE FRANQUIA: o período máximo de franquia para a cobertura de diária por incapacidade temporária será de 15 (quinze) dias, a contar da data do acidente pessoal coberto.

1.2 Para fins desta cobertura, entende-se por incapacidade temporária a **impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

1.2.1 O tratamento médico deverá ter início nos 30 (trinta) dias após a o diagnóstico da doença.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a incapacidade temporária do segurado resultar de:

- a) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) doenças 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 risco não excluído;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez accidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i) perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;
- j) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato;
- k) estados de convalescença (após a alta médica);
- l) internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- m) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- n) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- p) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- q) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- r) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- s) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- t) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não de qualquer articulação);
- v) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- w) ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- x) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas ou contato com animais;
- y) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- z) doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- aa) 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;
- bb) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- cc) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina;
- dd) cirurgia para mudança de sexo;
- ee) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- ff) quaisquer acidentes que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.



3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. Esta cobertura é válida **somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro.**

4. INDENIZAÇÃO

4.1. O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente ou da data do diagnóstico da doença que o deixou temporariamente incapacitado, e será devido a partir do primeiro dia após o período da franquia.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

5.2. Deverão ser apresentados a seguradora os documentos listados a seguir:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física temporária por doença ou acidente, emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade temporária.
- Exames complementares que comprovem a lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Formulário de Alta Médica
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada pelo Segurado, ou; Inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou; as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado do Segurado.
- Se acidente ocorrido no ambiente de trabalho do Segurado, cópia da comunicação do acidente de trabalho (CAT).

6. JUNTA MÉDICA

6.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade temporária, a seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de junta médica.

6.2. A junta será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

6.3. A junta será constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a indicação do membro pelo segurado.

6.4. 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.

6.5. Caso o segurado ou seu representante, conforme o caso, se recuse formalmente a apresentar os documentos solicitados ou a se submeter à junta, a seguradora fará a apuração do valor do risco com base nos dados que possuir. **Assim, se não houver elementos suficientes, poderá não reconhecer o risco, hipótese em que não será devida qualquer indenização.**

7. INFORMAÇÕES GERAIS

7.1. O reconhecimento de incapacidade ou invalidez 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.

7.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7.3. Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, por dia de internação hospitalar, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU decorrente de doença, diagnosticada durante o período de vigência do Seguro**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia previsto.
- 1.2. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.

1.1. Para fins desta cobertura, considera-se:

- a. Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se consideram como “hospital” as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;** e
- b. Internação hospitalar: é a internação em hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente ou doença do Segurado resultar de:
 - a) **acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;**
 - b) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação**

- do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, sincope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
 - d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - f) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
 - g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
 - h) estados de convalescença (após a alta médica);
 - i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
 - j) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, mesmo que em consequência de acidente;
 - n) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
 - o) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
 - p) 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;
 - q) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes



diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

- r) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e**
- s) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1. Esta cobertura é válida somente para internação ocorrida em território brasileiro.**

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de carência para esta cobertura será de até 90 (noventa) dias a contar da data da contratação e será definido no certificado individual para eventos decorrentes de doença. Não aplica carência para eventos decorrentes de acidentes.**

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de até **15 (quinze) dias**, a contar da data da ocorrência da internação. O período será definido no certificado individual.**

6. INDENIZAÇÃO

- 6.1. O valor da indenização será aquele estabelecido na apólice, será proporcional ao período de internação do segurado e está limitado ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente ou doença.**
- 6.2. O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.**
- 6.3. A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.**
- 7.2. Deverão ser apresentados à Seguradora os documentos listados a seguir:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
 - Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da internação.
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
 - Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
 - Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
 - Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- 7.3. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.
- ## 8. JUNTA MÉDICA
- 8.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das doenças ou lesões, a seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 8.2. A junta será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 8.3. A junta será constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a indicação do membro pelo segurado.
- 8.4. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.**
- 8.5. Caso o segurado ou seu representante, conforme o caso, se recuse



formalmente a apresentar os documentos solicitados ou a se submeter à junta, a seguradora fará a apuração do valor do risco com base nos dados que possuir. **Assim, se não houver elementos suficientes, poderá não reconhecer o risco, hipótese em que não será devida qualquer indenização.**

9. INFORMAÇÕES GERAIS

- 9.1.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.
- 9.2.** Esta cobertura será regida pelas condições gerais do Seguro, além destas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, por cada dia em que for submetido a internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo
- UTI, **por causas exclusivamente decorrentes de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia previsto.**
- 1.2. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado da UTI, **observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.**
- 1.3. Para fins desta cobertura, considera-se:
- Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se consideram como “hospital”, para fins desta cobertura, as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
 - UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
 - Internação hospitalar: é a internação em hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente em UTI do segurado resultar de:

- a) **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;**
- b) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- c) **quaisquer 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 risco não excluído;**
- d) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;**
- e) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- f) **todo e qualquer tipo de curetagem uterina;**
- g) **autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;**
- h) **estados de convalescença (após a alta médica);**
- 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) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal que não seja considerado risco excluído por este seguro;**
- l) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina**

e Farmácia;

- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- n) 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;
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- p) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- q) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico;
- r) ceratomia (cirurgia para correção da miopia); e
- s) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

2.2. Não será devida qualquer indenização por esta cobertura quando a internação hospitalar do segurado por acidente não ocorrer em UTI.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, ainda que o acidente causador possa ter ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.

4. FRANQUIA

4.1. O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de até 15 (quinze) dias, a contar da data da ocorrência da internação. O período será definido no certificado individual.

5. INDENIZAÇÃO

5.1. O valor da indenização será aquele estabelecido na proposta, será proporcional ao período de internação do segurado e está limitado ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente.

5.2. O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.



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

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

6.2. Adicionalmente aos documentos descritos no item 20.2 das Condições Gerais, deverão ser apresentados à Seguradora os documentos listados a seguir:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da internação.
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver

6.3. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.



7. INFORMAÇÕES GERAIS

- 7.1.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.
- 7.2.** **Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de diária de internação hospitalar decorrente de acidente.**
- 7.3.** **A indenização desta cobertura não é cumulativa com a da cobertura de diária de internação hospitalar decorrente de acidente. Se o segurado estiver internado na UTI, não terá direito ao recebimento simultâneo da indenização de diária por internação na cobertura de diária de internação hospitalar decorrente de acidente.**
- 7.4.** Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, por cada dia em que for submetido a internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo
- **UTI, decorrente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU por causas decorrentes de doença, diagnosticada durante o período de vigência do seguro,** que não seja considerada risco excluído, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia previsto.
- 1.2. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado da UTI, observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.
- 1.3. Para fins desta cobertura, considera-se:
- Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se consideram como “hospital”, para fins desta cobertura, as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
 - UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
 - Internação hospitalar: é a internação em hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente ou doença em UTI do segurado resultar de:

- a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, sincope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- f) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
- g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- h) estados de convalescença (após a alta médica);
- i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos que não sejam riscos excluídos por este seguro;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie;
- n) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- o) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- p) 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;
- q) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- r) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- s) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

2.2. Não será devida qualquer indenização por esta cobertura quando a internação hospitalar do segurado por doença não ocorrer em UTI.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência para esta cobertura será de até 90 (noventa) dias a contar da data da contratação e será definido no certificado individual para eventos decorrentes de doença. Não aplica carência para eventos decorrentes de acidentes.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de até 15 (quinze) dias, a contar da data da ocorrência da internação. O período será definido no certificado individual.**

6. INDENIZAÇÃO

- 6.1. O valor da indenização será aquele estabelecido na proposta, será proporcional ao período de internação do segurado e está limitado ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente ou doença.**
- 6.2. O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.**
- 6.3. A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.**
- 7.2. Deverão ser apresentados a seguradora os documentos listados a seguir:**
- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.
 - Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade da internação, por conta da incapacidade física total e temporária e/ou invalidez emitido no Brasil, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada via Conselho Regional de Medicina do estado em que o Segurado foi atendido), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da internação.
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado.
 - Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)



- Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local
- 7.3. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.**

8. INFORMAÇÕES GERAIS

- 8.1.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.
- 8.2.** **Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de diária por internação hospitalar decorrente de acidente ou doença.**
- 8.3.** **A indenização desta cobertura não é cumulativa com a da cobertura de diária de internação hospitalar decorrente de doença. Se o segurado estiver internado na UTI, não terá direito ao recebimento simultâneo da indenização pela outra cobertura.**
- 8.4.** Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1 O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização diária ao segurado, durante o período em que se verificar sua incapacidade temporária decorrente de acidente que não seja considerado risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, ou de doença que não seja considerada um risco excluído, diagnosticada durante o período de vigência do seguro, observada a franquia prevista e o limite máximo de diárias estabelecido por evento.

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto ou de doença que não seja considerada um risco excluído, e comprovada por determinação médica.

PERÍODO MÁXIMO DE FRANQUIA: o período máximo de franquia para a cobertura de diária por incapacidade temporária será de 15 (quinze) dias, a contar da data do acidente pessoal coberto.

- 1.2 Para fins desta cobertura, entende-se por incapacidade temporária a **impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

1.2.1 O tratamento médico deverá ter início nos 30 (trinta) dias após a o diagnóstico da doença.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a incapacidade temporária do segurado resultar de:
- a) **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o**

condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;

- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) doenças 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 risco não excluído;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i) perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;
- j) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato;
- k) estados de convalescença (após a alta médica);
- l) internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- m) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- n) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente

- restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
 - p) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - q) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
 - r) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
 - s) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
 - t) luxações recidivantes de qualquer articulação;
 - u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não de qualquer articulação;
 - v) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite-reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
 - w) ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
 - x) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas ou contato com animais;
 - y) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
 - z) doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
 - aa) 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;
 - bb) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
 - cc) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina;
 - dd) cirurgia para mudança de sexo;
 - ee) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
 - ff) quaisquer acidentes que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.



3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 Esta cobertura é válida **somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro.**

4. INDENIZAÇÃO

4.1 O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente ou da data do diagnóstico da doença que o deixou temporariamente incapacitado, e será devido a partir do primeiro dia após o período da franquia.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Adicionalmente aos documentos descritos no item 20.2 das Condições Gerais, deverão ser apresentados à Seguradora os documentos listados a seguir:

- a) Boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- b) Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- c) Comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- d) Comprovante de exercício da atividade profissional;
- e) formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente;
- f) radiografia e outros exames médicos que tenham sido realizados (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- g)
- h) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado e comprovando o afastamento.

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1 Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade temporária, a seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 6.2 A junta será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.3 A junta será constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a indicação do membro pelo segurado.
- 6.4 **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.**
- 6.5 Caso o segurado ou seu representante, conforme o caso, se recuse formalmente a apresentar os documentos solicitados ou a se submeter à junta, a seguradora fará a apuração do valor do risco com base nos dados que possuir. **Assim, se não houver elementos suficientes, poderá não reconhecer o risco, hipótese em que não será devida qualquer indenização.**

7. INFORMAÇÕES GERAIS

- 7.1 **O reconhecimento de incapacidade ou invalidez 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.**
- 7.2 Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.
- 7.3 Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE CONVALESCÊNCIA

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, pelo período de convalescença, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto** e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 15 (quinze) diárias durante o período de vigência anual do seguro**.

O período de convalescença inicia com a alta hospitalar do segurado, desde que o médico ateste a necessidade de continuar o tratamento em casa e termina na data informada pelo médico, limitado ao período máximo de 15 dias.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para convalescença em território nacional.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, bem como a necessidade de continuar o tratamento em casa e a periodicidade. Esta declaração deverá ter a identificação do médico assistente
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado para verificar a condição.
- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.



5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Convalescença o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE CIRURGIA

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro. As cirurgias possíveis constam no Anexo I deste documento, sendo que as cobertas serão aquelas especificadas no Certificado de Seguro.

A cirurgia deverá ser prescrita por um médico habilitado e realizada em um centro cirúrgico em um hospital.

Uma vez paga a indenização de uma das cirurgias cobertas informadas no Certificado de Seguro, as indenizações decorrentes das demais cirurgias informadas no Certificado de Seguro permanecerão ativas desde que não sejam decorrentes do mesmo evento e desde que exista um intervalo entre cada cirurgia de 30 dias.

No caso de multiprocedimentos realizados, sendo todos eles amparados pelo seguro contratado, durante um mesmo período continuo de hospitalização ou durante um mesmo tempo cirúrgico, será indenizado o capital segurado da cirurgia mais alta ou de uma das cirurgias se o capital segurado for o mesmo.

As cirurgias cobertas estão no anexo I destas Condições Gerais e poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto, desde que previamente definidas pelo Estipulante.

2. CARÊNCIA

Será aplicada carência em caso de eventos decorrentes de doenças. O período de carência será informado no certificado de seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

1.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a cirurgia resultar em:

- a) **Cirurgias decorrente de doenças já indenizadas durante a vigência do certificado;**
- b) **Doenças preexistentes;**

- c) Parto natural, cesária, aborto, curetagem decorrente de gravidez ou puerpério, bem como qualquer tratamento para fertilidade ou infertilidade, impotência sexual, controle de natalidade, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis;
- d) Cirurgias cosméticas, estéticas, plásticas e/ou reconstrutivas, bem como quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente ocorrido durante a vigência do certificado;
- e) Cirurgias e/ou suas complicações para calvície, obesidade e redução de peso, bulimia ou anorexia;
- f) Cirurgias dentárias, alveolares, gengivais, maxilofaciais e exodontias;
- g) Cirurgias cuja finalidade é corrigir miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia;
- h) Cirurgias relacionadas à diálise ou insuficiência renal;
- i) Cirurgias relacionadas ou derivadas do tratamento de AIDS ou HIV;
- j) Cirurgias relacionadas ou derivadas de processos de transplante de órgãos, como doador ou receptor;
- k) Acidentes ou doenças originados por culpa grave do Segurado quando sob o efeito do álcool, ou pelo uso ou sob efeito de qualquer droga, estimulante, soníferos ou similar, exceto quando prescritos por um médico e a receita seja apresentada à Seguradora;
- l) Se o Segurado causar lesão intencionalmente, por si ou em acordo com outra pessoa, cometida em estado de perturbação mental ou não;
- m) Se a lesão resultar de brigas em que o Segurado seja o causador;
- n) Lesões decorrentes de atividades como serviço militar, atos de guerra, rebelião e insurreição de que participe o Segurado;
- o) Quando viajarem em aeronaves que não pertençam a linha comercial legalmente estabelecida e autorizada para o serviço de transporte aéreo de passageiros, ou em aeronaves que prestem serviços em voos especiais, fretados, de táxi aéreo, ou em qualquer tipo de voo não regular;
- p) Quando participar como piloto ou passageiro em veículos de qualquer tipo, em corridas, provas ou competições de segurança, resistência ou velocidade;
- q) Quando viajar em motocicletas, scooters, quadriciclos ou mini veículos em geral, desde que os motores dos referidos veículos excedam 125 centímetros cúbicos;
- r) Lesões ocorridas durante a prática e/ou treinamento de esportes de alto risco. Exemplos: mergulho e caça marina, montanhismo, asa delta, pára-quedismo, parapente, salto em altura, esqui aquático e na neve, boxe, rugby, futebol americano, corrida de cavalos, touradas e caça de animais;
- s) Ação dos raios “x” e de qualquer elemento radioativo ou proveniente de reações nucleares;

- t) Lesões causados pelo Segurado, por ação ou omissão, intencionalmente ou com negligência grave ou durante a execução de um crime;
- u) Lesões causados por tonturas, vertigens, lipotimias, convulsões ou paralisia e aquelas que ocorram por estado de desequilíbrio mental, a menos que tais distúrbios sejam consequencia imediata de Acidentes confirmado no item 1 destas Condições Gerais;
- v) Acidentes ocorridos durante a realização de exercícios acrobáticos ou jogos atléticos do Segurado ou que se destinem a eventos excepcionais, ou durante a participação em viagens ou excursões a regiões ou áreas inexploradas;
- w) Acidentes causados por fenômenos sísmicos, inundações ou outros fenômenos naturais de natureza catastrófica;
- x) Cirurgias realizadas fora do Brasil;
- y) Qualquer cirurgia não incluída no Anexo I destas Condições Gerais;
- z) Complicações ou sequelas de cirurgia realizada antes da contratação do Seguro.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente cirurgias realizadas em território nacional.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Todos os exames Médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- Relatório Médico, carimbado e assinado pelo Médico que realizou a Cirurgia, com o motivo detalhado da intervenção cirúrgica, comprovando o período de internação; e
- Laudo da Cirurgia realizada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Cirurgias o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE FISIOTERIA DECORRENTE DE CIRURGIA

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso dos valores pagos para fisioterapia, desde que decorrente de cirurgia coberta, limitado ao valor definido no Certificado do Seguro.

Para fins deste seguro, entende-se por fisioterapia: quando em caso do segurado necessitar de fisioterapia em decorrência de uma cirurgia coberta realizada, sendo providenciado um atendimento fisioterapêutico emergencial.

Esta cobertura somente poderá ser contratada desde que a Cobertura de Cirurgia seja contratada.

Não será indicado pela seguradora o profissional ou clínica, sendo responsável apenas pelo reembolso, limitado ao valor informado no Certificado do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também se aplicam os riscos excluídos da Cobertura de Cirurgia.

3. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Laudo médico atestando a ocorrência do evento coberto;
- Carta com breve relato do ocorrido
- Comprovantes de pagamento
- Laudo emitido pelo fisioterapeuta, confirmando a quantidade de sessões realizadas.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Fisioterapia decorrente de Cirurgia o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIAGNÓSTICO FINAL DECORRENTE DE CIRURGIA

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso dos valores pagos para realização de exames para confirmar a alta médica após a cirurgia coberta realizada, limitado ao valor definido no Certificado do seguro.

Os exames devem ser realizados em até 90 (noventa) dias após a realização da cirurgia.

Esta cobertura somente poderá ser contratada desde que a Cobertura de Cirurgia seja contratada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, também se aplicam os riscos excluídos da Cobertura de Cirurgia.

3. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- 1.1. Laudo médico atestando a necessidade de realização de exames;
- 1.2. Comprovante de pagamento dos exames.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Diagnóstico Final decorrente de Cirurgia o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS DOMÉSTICAS

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso dos valores pagos para prestação de serviços domésticos, limitado ao valor informado no Certificado de Seguro, durante o período que o segurado esteja cumprindo a convalescença decorrente exclusivamente de cirurgia coberta realizada durante o período de vigência do seguro.

Entende-se por serviços domésticos: limpeza da residência do segurado.

Esta cobertura somente poderá ser contratada desde que a Cobertura de Cirurgia seja contratada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, também se aplicam os riscos excluídos da Cobertura de Cirurgia.

3. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- 1.1. Laudo médico atestando o período de convalescença;
- 1.2. Comprovante de pagamento dos serviços prestados.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Domésticas o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS COM FILHOS DEPENDENTES

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, durante o período em que o segurado estiver hospitalizado decorrente de Cirurgia coberta e realizada durante o período de vigência do Seguro, para auxiliar nas despesas com o filho dependente. Estas despesas devem estar relacionadas aos cuidados do filho dependente, como: alimentação, babá, médicos, transporte escolar ou atividades físicas.

Esta cobertura somente poderá ser contratada desde que a Cobertura de Cirurgia seja contratada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e item 3- RISCOS EXCLUÍDOS” da Cobertura de Cirurgia, também está excluído qualquer despesa não relacionada ao filho dependente;

3. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Laudo médico atestando o período de hospitalização decorrente de Cirurgia coberta realizada.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas com filhos dependentes o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE CIRURGIA

1. OBJETIVO

1.1. O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, por dia de internação hospitalar, **decorrente exclusivamente de cirurgia coberta e realizada durante o período de vigência deste Seguro**, , observado o período de franquia previsto.

1.1.1. A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro.

1.2. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.

1.2.1 Para fins desta cobertura, considera-se:

a. Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se consideram como “hospital” as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;** e

b. Internação hospitalar: é a internação em hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a internação hospitalar resultar de:
- a) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, sincope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
 - b) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - c) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
 - d) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
 - e) estados de convalescença (após a alta médica);
 - f) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
 - g) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - h) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função 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) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
 - k) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1. Esta cobertura é válida somente para internação ocorrida em território brasileiro.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de carência para esta cobertura será de até 90 (noventa) dias a contar da data da contratação e será definido no certificado individual.



5. FRANQUIA

- 5.1.** O período de franquia estabelecido para esta cobertura será definida no Certificado de Seguro, limitado a 7 (sete) **dias**, a contar da data da ocorrência da internação.

6. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será aquele estabelecido na apólice, será proporcional ao período de internação do segurado e está limitado ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes da mesma cirurgia.

- 6.1.** O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.
- 6.2.** A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1.** Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.
- 7.2.** Além dos documentos listados no item 20.2, deverão ser apresentados à Seguradora os documentos descritos a seguir:
- Declaração e/ou prontuário da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
 - Termo de curatela definitivo, em casos de alienação mental do segurado.
- 7.3.** Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

8. JUNTA MÉDICA

- 8.1.** Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das doenças ou lesões, a seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de junta médica.



- 8.2.** A junta será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 8.3.** A junta será constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a indicação do membro pelo segurado.
- 8.4.** **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.**
- 8.5.** Caso o segurado ou seu representante, conforme o caso, se recuse formalmente a apresentar os documentos solicitados ou a se submeter à junta, a seguradora fará a apuração do valor do risco com base nos dados que possuir. **Assim, se não houver elementos suficientes, poderá não reconhecer o risco, hipótese em que não será devida qualquer indenização.**

9. INFORMAÇÕES GERAIS

- 9.1.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do Seguro, além destas condições especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE CONVALESCÊNCIA DECORRENTE DE CIRURGIA

2. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta garantia, pelo período de convalescência decorrente de Cirurgia coberta e realizada exclusivamente no período de vigência do seguro.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 15 (quinze) diárias durante o período de vigência anual do seguro.**

O período de convalescência inicia com a alta hospitalar do segurado, desde que o médico ateste a necessidade de continuar o tratamento em casa e termina na data informada pelo médico, limitado ao período máximo de 15 dias.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas condições gerais como excluídos, 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, aplicam-se também os riscos previstos no item 3- RISCOS EXCLUÍDOS” da Cobertura de Cirurgia.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida somente para convalescência em território nacional.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, bem como a necessidade de continuar o tratamento em casa e a periodicidade. Esta declaração deverá ter a identificação do médico assistente
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no Segurado para verificar a condição.



- Receita Médica original, prescrita pelo médico que acompanhou o paciente, contendo o seu carimbo, assinatura e CRM - ou equivalente receita eletrônica que possa ser verificada a sua autenticidade.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Convalescença decorrente de Cirurgia o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Auxílio Medicamento garante o pagamento até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao próprio segurado em caso de necessidade de compra de medicamentos causada por Acidente Pessoal ou Doença coberta, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Uma vez paga a indenização de Auxílio Medicamento por acidente que esteja coberta pelo Certificado de Seguro, as indenizações decorrentes das demais utilizações desta cobertura permanecerão ativas desde que não sejam decorrentes do mesmo evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Prontuário Médico;
- Receita Médica assinada por um Médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM;
- Comprovantes referentes as compras dos medicamentos, como notas fiscais, cupons fiscais, recibos, entre outros, emitidos em nome do Segurado Principal.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Auxílio Medicamento o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente garante o pagamento até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao próprio segurado em caso de necessidade de compra de medicamentos causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Uma vez paga a indenização de Auxílio Medicamento por acidente que esteja coberta pelo Certificado de Seguro, as indenizações decorrentes das demais utilizações desta cobertura permanecerão ativas desde que não sejam decorrentes do mesmo evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida em todo o globo terrestre.

4. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 20.2 das Condições Gerais do seguro:

- Prontuário Médico;
- Receita Médica assinada por um Médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM;
- Comprovantes referentes as compras dos medicamentos, como notas fiscais, cupons fiscais, recibos, entre outros, emitidos em nome do Segurado Principal;
- Boletim de Ocorrência, Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ou outro documento similar, que comprove as causas do acidente.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Auxílio Medicamento o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

ANEXO I CIRURGIAS COBERTAS

- 1.** Apendicite
- 2.** Aeração do ouvido médio
- 3.** Cirurgia da artéria cardíaca com bypass
- 4.** Cirurgia artroscópica de ombro e tecidos moles
- 5.** Cirurgia de coluna e tecidos moles
- 6.** Cirurgia de catarata
- 7.** Cirurgia para tímpano perfurado
- 8.** Cirurgia de varizes
- 9.** Cirurgia de incontinência urinária feminina
- 10.** Cirurgia para aumento da próstata
- 11.** Cirurgia para corrigir o fluxo de ar nasal prejudicado
- 12.** Cirurgia para remoção da vesícula biliar
- 13.** Cirurgia para liberar nervos periféricos
- 14.** Cirurgias de nariz, seios da face ou paranasais
- 15.** Endometriose
- 16.** Remoção de adenóides ou amígdalas
- 17.** Remoção de hemorróidas
- 18.** Remoção cirúrgica de linfonodos
- 19.** Histerectomia e miotectomia
- 20.** Substituição (artroplastia) parcial ou total do joelho
- 21.** Substituição (artroplastia) parcial ou total do tornozelo, ombro, cotovelo
- 22.** Substituição (artroplastia) parcial e total do quadril
- 23.** Reparo (correção) de hérnia inguinal, femoral ou umbilical.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, em caso de morte do segurado, decorrente de evento coberto e ocorrida no período de vigência indicado no Certificado de Seguro Individual, exceto quando decorrente de riscos excluídos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do Segurado resultar de:

- a. Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- b. Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando decorrentes de riscos excluídos.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.

4. CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

6. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente ao capital segurado vigente na data da morte do segurado e, será pago sob forma de parcela única.

7. DOCUMENTOS E ELEMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro coberto no período de vigência indicado no Certificado Individual do Seguro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

1. Documentos do Segurado

- Documento de Identificação do segurado (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional) e CPF frente e verso;
- Comprovante de Residência (ou declaração de residência);
- Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo segurado ou seu representante legal
- Formulário de Pagamento para autorização de crédito em conta corrente.
- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada, acidental ou não declarada na certidão de óbito.
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado, se aplicável
- Em caso de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário
- Peças do Inquérito Policial, se necessárias
- Documentos médicos (laudos e exames) que confirmem o histórico do tratamento da(s) doença(s) que levaram o(a) segurado(a) a óbito.

2. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- **Pais:** Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- **Cônjugue:** Certidão de Casamento para comprovação do vínculo com o segurado, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;

- **Companheira(o):** Documento de Identificação (RG, RNE, CNH, Identidade Funcional) e CPF frente e verso), comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- **Filhos:** Certidão de Nascimento, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência, sendo que:
 - **Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis)** anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - **Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis)** e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

8. INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra deste seguro, observados eventuais restrições e limites previstos.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.