



GENERALI
Brasil Seguros

CONDIÇÕES GERAIS

Genvita Empresarial Capital Global

Versão_ 201505

Processo SUSEP Nº 10.006351/01-88



Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	7
2.	DEFINIÇÕES	7
3.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	12
4.	ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	14
5.	OBRIGAÇÕES	15
6.	GARANTIAS DO SEGURO	17
7.	RISCOS EXCLUÍDOS	17
8.	INCLUSÃO DE DEPENDENTES	18
9.	CAPITAL SEGURADO	18
10.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	19
11.	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	19
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	20
13.	CRITÉRIO DE TAXA	22
14.	BENEFICIÁRIOS	22
15.	SINISTROS	22
16.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	24
17.	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	25
18.	CANCELAMENTO DO SEGURO	25
19.	PERDA DE DIREITO	26
20.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	27
21.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS	28
22.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. MULTA E MORA EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E SINISTROS	28
23.	REGIME FINANCEIRO	28
24.	SUB-ROGAÇÃO	29
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
26.	MOEDA	29
27.	IMPOSTOS	29
28.	FORO	29
29.	PRESCRIÇÃO	29
30.	ENCARGOS DE TRADUÇÃO	29
31.	DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	30
32.	REGISTRO NA SUSEP	30
	MORTE – M	31
1.	OBJETO DA GARANTIA	31
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	31
3.	CARÊNCIA	31
4.	CAPITAL SEGURADO	31
5.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	31
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
7.	RATIFICAÇÃO	32
	MORTE ACIDENTAL - MA	33
1.	OBJETO DA GARANTIA	33
2.	DEFINIÇÕES	33
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	33
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	34

5. CAPITAL SEGUADO	34
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	34
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	34
8. RATIFICAÇÃO	35
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD	36
1. OBJETO DA GARANTIA	36
2. DEFINIÇÕES	37
3. RISCOS EXCLUÍDOS	37
4. CARÊNCIA	38
5. CAPITAL SEGUADO	38
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38
7. RATIFICAÇÃO	38
INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD	39
1. OBJETIVO DA GARANTIA	39
2. CONCEITO	39
3. RISCOS EXCLUÍDOS	39
4. CAPITAL SEGUADO	40
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
6. RATIFICAÇÃO	40
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	41
1. OBJETO DA GARANTIA	41
2. DEFINIÇÕES	49
3. RISCOS EXCLUÍDOS	49
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	50
5. CAPITAL SEGUADO	50
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	50
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	50
8. RATIFICAÇÃO	50
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	51
1. OBJETO DA GARANTIA	51
2. DEFINIÇÕES	52
3. RISCOS EXCLUÍDOS	52
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	53
5. CAPITAL SEGUADO	53
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	53
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	53
8. RATIFICAÇÃO	54
DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIT	55
1. OBJETO DA GARANTIA	55
2. DEFINIÇÕES	55
3. RISCOS EXCLUÍDOS	56
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	56
5. CAPITAL SEGUADO	56
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	56
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	56
8. RATIFICAÇÃO	57
VERBAS RESCISÓRIAS – VR	58

1. OBJETO DA GARANTIA	58
2. RISCOS EXCLUÍDOS	58
3. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	58
4. CAPITAL SEGURADO	58
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	58
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	58
7. RATIFICAÇÃO.....	59
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD	60
1. OBJETO DA GARANTIA	60
2. RISCOS EXCLUÍDOS	60
3. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	60
4. CAPITAL SEGURADO	60
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	61
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	61
7. RATIFICAÇÃO.....	61
ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT.....	62
1. OBJETO DA GARANTIA	62
2. ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	62
3. RISCOS EXCLUÍDOS	62
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	62
5. CAPITAL SEGURADO	62
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	62
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	63
8. RATIFICAÇÃO.....	63
DOENÇAS GRAVES - DG.....	64
1. OBJETO DA GARANTIA	64
2. RISCOS EXCLUÍDOS	67
3. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	67
4. CAPITAL SEGURADO	67
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	67
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	67
7. RATIFICAÇÃO.....	68
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH.....	69
1. OBJETO DA GARANTIA	69
2. DEFINIÇÕES.....	69
3. RISCOS EXCLUÍDOS	70
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	70
5. CAPITAL SEGURADO	71
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	71
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	71
8. RATIFICAÇÃO.....	72
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO	73
1. OBJETO DA GARANTIA	73
2. DEFINIÇÕES.....	73
3. RISCOS EXCLUÍDOS	74
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	74
5. CAPITAL SEGURADO	74

6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	74
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	74
8.	RATIFICAÇÃO	75
AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD		76
1.	OBJETO DA GARANTIA	76
2.	DEFINIÇÕES	76
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	76
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	76
5.	CAPITAL SEGURO	76
6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	76
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	76
8.	RATIFICAÇÃO	77
AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC		78
1.	OBJETO DA GARANTIA	78
2.	DEFINIÇÕES	78
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	78
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	78
5.	CAPITAL SEGURO	78
6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	78
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	78
8.	RATIFICAÇÃO	79
AUXÍLIO EDUCAÇÃO – AE		80
1.	OBJETO DA GARANTIA	80
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	80
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	80
4.	CAPITAL SEGURO	80
5.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	80
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	80
7.	RATIFICAÇÃO	81
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA		82
1.	OBJETO DA GARANTIA	82
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	82
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	82
4.	CAPITAL SEGURO	82
5.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	82
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	82
7.	RATIFICAÇÃO	83
DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF		84
1.	OBJETIVO	84
2.	GRUPO SEGURÁVEL	84
3.	GRUPO SEGURO	84
4.	CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE	84
5.	RISCOS COBERTOS	84
6.	RISCOS EXCLUÍDOS	85
7.	CARÊNCIA E FRANQUIA	85
8.	AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS	85
9.	PERÍCIA/JUNTA MÉDICA	86

10.	BENEFICIÁRIA	86
11.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL	86
12.	PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO	86
13.	DUPLICIDADE DE COBERTURAS	86
14.	ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	86
15.	RATIFICAÇÃO	87
INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC		88
1.	OBJETO DA GARANTIA	88
2.	DEFINIÇÕES	88
3.	FORMAS DE CONTRATAÇÃO	88
4.	GARANTIAS	88
5.	CESSAÇÃO DAS GARANTIAS	88
6.	CARÊNCIA E FRANQUIA	89
7.	CAPITAL SEGURADO	89
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	89
9.	RATIFICAÇÃO	89
INCLUSÃO DE FILHOS – IF		90
1.	OBJETO DA GARANTIA	90
2.	DEFINIÇÕES	90
3.	FORMAS DE CONTRATAÇÃO	90
4.	GARANTIAS	90
5.	CARÊNCIA E FRANQUIA	90
6.	CAPITAL SEGURADO	90
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	91
8.	RATIFICAÇÃO	91
DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS – DCF		92
1.	OBJETO DA GARANTIA	92
2.	DEFINIÇÕES	92
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	92
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	92
5.	CAPITAL SEGURADO	92
6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	93
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	93
8.	RATIFICAÇÃO	93

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro garante, nos termos da especificação da apólice, até as Importâncias Seguradas estabelecidas no contrato o pagamento de indenização ao Segurado e/ou Beneficiário(s), por prejuízos indenizáveis resultantes de sinistros conseqüentes de riscos cobertos, deduzindo-se as respectivas franquias e/ou as participações obrigatórias do Segurado, quando existentes, enquanto permanecerem inalteradas as informações prestadas que serviram de base para a emissão da apólice, da qual tais documentos passam a fazer parte integrante.

2. DEFINIÇÕES

2.1. ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: 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; as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

2.2. AGRAVAÇÃO DO RISCO: Termo utilizado para definir o ato que torna o risco mais grave do que originalmente se apresentava no momento de contratação do seguro, podendo, por isso, implicar na perda do direito da indenização.

2.3. ÂMBITO DE COBERTURA: Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

2.4. APÓLICE: documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.5. ATO DOLOSO: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

2.6. ATO ILÍCITO: Ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que viole direito e cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral (artigo 186 do Código Civil).

2.7. AVISO DE SINISTRO: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.8. BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.9. BOA-FÉ: um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuarem com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou à ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.10. CAPITAL SEGURO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

2.11. CARÊNCIA: É o período em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos cobertos pelo seguro.

2.12. CLÁUSULA ADICIONAL: Cláusula suplementar, adicionada ao contrato, estabelecendo condições suplementares. Em geral, as apólices de seguro já trazem impressas as cláusulas reguladoras do contrato (Condições Gerais), daí a necessidade de cláusulas adicionais para estipulação de novas condições. Conforme natureza do seguro.

2.13. COBERTURA: proteção conferida por um contrato de seguro ou de resseguro. Também chamada de garantia, com a qual por vezes se confunde.

2.14. COBERTURAS DE RISCOS: coberturas do Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data predeterminada.

2.15. CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.16. CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.17. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO: Disposições anexadas à apólice e que modificam as condições gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

2.18. CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.19. CORRETOR DE SEGUROS: perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre as

Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG.

2.20. COSSEGURO: Divisão de um risco segurado entre várias Seguradoras, cada uma das quais se responsabiliza por uma quota-parte determinada do valor total do seguro, sendo que a indicada na apólice e denominada "Seguradora Líder" assume a responsabilidade de administrar a apólice, e representar todas as demais no relacionamento com o Segurado, inclusive em caso de sinistro, não havendo, entretanto, solidariedade entre as Seguradoras.

2.21. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: São as doenças ou lesões inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de adesão e declaração pessoal de saúde.

2.22. DOLO: Definição jurídica identificada de ato consciente ou intencional de causar dano ou levar vantagem a/ou sobre alguém ou coisa.

2.23. ENDOSSO: Instrumento pelo qual a Seguradora formaliza qualquer alteração numa apólice de seguro. O mesmo que aditamento e aditivo.

2.24. ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante averbador quando não participar do custeio.

2.25. EVENTOS: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

2.26. FRAUDE: É a obtenção ou simples tentativa, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou somente induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

2.27. FRANQUIA: Quando aplicável, é o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo Segurado em consequência do evento coberto.

2.28. GARANTIA: ver Coberturas de Risco.

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

2.30. GRUPO SEGURÁVEL: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.31. INDENIZAÇÃO: Valor a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

2.32. ÍNDICE DE SINISTRALIDADE: coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

2.33. INICIO DE VIGENCIA: data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

2.34. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

2.35. LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: São sinais, sintomas e estados mórbidos contraídos ou acidente sofrido pelo segurado antes da contratação do seguro, não declarados na proposta de adesão e que sejam de seu conhecimento.

2.36. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE: Importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do seguro. Pode ser fixo, quando capital segurado é pago integralmente (Seguros de vida, por exemplo), ou proporcional, quando o capital segurado é apurado segundo os danos sofridos (invalidez parcial).

2.37. LIMITE MÁXIMO INDIVIDUAL DE GARANTIA DA APÓLICE: É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado, equivalente ao capital individual segurado.

2.38. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: É processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

2.39. MIGRAÇÃO DE APOLICES: transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.40. MÁ FÉ: Agir de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito, e/ou atuando propositadamente.

2.41. MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

2.42. NEGLIGÊNCIA: Omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargo ou obrigação. No seguro, é considerada especialmente na prevenção do risco ou na minoração dos prejuízos.

2.43. NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.44. NATIMORTO: aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

2.45. PARAMETRO TÉCNICO: taxa de juros, índice de atualização de valores e taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.46. PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

2.48. PRÊMIO COMERCIAL: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.49. PRÊMIO PURO: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.50. PRÓ-LABORE: Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigora a apólice, pagável ao estipulante ou a quem este indicar para a administração do seguro de vida em grupo e/ou seguro de acidentes pessoais coletivo.

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

2.52. 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.

2.53. PRO-RATA TEMPORIS: Prazo de cobertura da apólice calculado pela divisão do prêmio do seguro pelo número de dias de vigência da apólice.

2.54. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL: restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do capital segurado pelo evento coberto.

2.55. RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA: modalidade de renovação na qual o seguro permanece em vigor, sempre que não existir manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

2.56. RISCO: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

2.57. RISCO DECORRIDO: é aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido sinistro, ou seja, de não ter ocorrido o evento coberto, não exime o Estipulante da obrigação de pagamento do prêmio.

2.58. RISCOS EXCLUÍDOS: aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

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

2.60. SEGURADOS DEPENDENTES: São o cônjuge/companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, regularmente incluídos no seguro.

2.61. SEGURADO PRINCIPAL: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

2.62. SEGURADORA: Empresa legalmente autorizada a subscrever as consequências monetárias sofridas pelos Segurados decorrentes de eventos especificados, que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

2.63. SEGURO: contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.64. SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL: modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

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

2.66. TÁBUA DE MORTALIDADE: definida como “o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte”. Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

2.67. TAXA: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar taxas expressas em milésimos (‰).

2.68. VIGÊNCIA: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

3. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

3.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo, observada a ressalva disposta no item 21 posterior.

3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e à aceitação do risco.

3.3. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

3.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos, seja para renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

3.5. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.4 anterior, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

3.6. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto no subitem 3.5 anterior, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 3.4 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

3.7. Ficará a critério da Sociedade Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal ao corretor/Estipulante no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

3.8. A ausência de manifestação, por escrito, da Sociedade Seguradora nos prazos previstos nos subitens 3.4 e 3.6 anteriores caracterizará a aceitação tácita da proposta.

3.9. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, 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.

3.9.1. A referida quantia será devolvida diretamente em nome do proponente ou deduzida dos prêmios a pagar da próxima fatura, neste último caso, constará devolução registrada no demonstrativo de fatura respectivo, sendo de responsabilidade do estipulante sua devolução ao proponente.

3.10. É obrigatória a emissão da apólice e envio ao Estipulante, pela Sociedade Seguradora, no início do seguro.

3.11. A emissão da apólice será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

3.12. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusulas de concorrência das apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

3.13. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula que exija do Segurado a comunicação à Seguradora de contratação posterior de outros Seguros de Pessoas, com coberturas concomitantes.

3.14. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, 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.

3.15. A data de aceitação da proposta será aquela em que a seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 3.4 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da seguradora.

3.16. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Serão aceitos no grupo todos os componentes pertencentes ao grupo segurável entendendo-se como tais todos os funcionários que estejam em gozo de boa saúde, plena atividade profissional e que constem na GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) ou de relação de componentes fornecidas à Seguradora previamente o risco. Estagiários e prestadores de serviço comprovadamente vinculados ao estipulante podem ser incluídos no seguro, desde que se encontrem nas condições de aceitação ora definido no contrato.

3.16.1. Também podem participar do seguro os sócios e diretores da empresa, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, desde que regularmente constantes do contrato social e/ou estatuto social da empresa, devidamente registrados na Junta Comercial. A opção de inclusão dos sócios e/ou diretores deverá ser informada na proposta de contratação do seguro.

3.16.2. Grupo segurado: formado por todos os componentes incluídos no seguro, observando-se as condições de aceitação dos Segurados informadas no contrato.

3.16.3. Adesão: de 100% do grupo segurável, observando-se as condições de aceitação dos Segurados definidas no contrato, ficando dispensado o preenchimento da Proposta de Adesão.

3.16.4. Informações complementares: na proposta pertencente à Seguradora, é de fundamental importância a informação do nome completo e do CPF dos sócios e diretores da empresa incluída no seguro, observando-se para estes as condições de aceitação constantes no contrato.

3.16.5. Componentes afastados de suas atividades de trabalho: fica entendido e acordado que os componentes afastados de suas atividades de trabalho, por acidente ou doença, na data de contratação do seguro, só farão parte do grupo segurado quando de suas respectivas altas médicas definitivas e efetivo retorno às atividades laborais.

3.16.6. O vínculo empregatício deverá estar, de forma clara e objetiva, definido na proposta de contratação.

3.16.7. O plano coletivo deverá estar disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da apólice, para ingresso no grupo segurado.

3.16.8. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos originados em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a “migração de apólices” tem seu conceito definido no item 2 anterior.

3.16.8.1. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos não originada em processo de migração de apólices, a aceitação dos afastados é facultativa e está condicionada à prévia análise e aceitação da Seguradora. Para tal fim, faz-se necessário o envio das seguintes informações: nome, CPF, CID-10, capital segurado, data de nascimento e data de afastamento.

4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras.

4.1. As apólices coletivas em que o estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, será considerado apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com o segurado, devendo sua contratação respeitar a forma específica para o ramo, cujas condições diferem daquelas previstas para o seguro coletivo e não estão amparadas pelo presente contrato.

4.2. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante aplicam-se aos Sub estipulantes.

4.3. Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) corretores; e
- c) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

4.4. A vedação estabelecida no subitem 4.3 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

4.5. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o Estipulante e a Seguradora.

4.6. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Sociedade Seguradora;
- b) efetuar propaganda e promoção dos seguros sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- c) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

4.7. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados deverão constar, explicitamente, o prêmio do seguro, a seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a informação, em destaque, o de que o não-pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, quando o custeio for contributivo.

4.8. Nos seguros contributivos, o pagamento de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverá ser registrado em rubrica específica pela Seguradora garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela Seguradora líder.

4.9. Se o segurado dispuser de mais de um contrato de seguro com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 4.8 anterior, na hipótese de custeio contributivo.

4.10. Em caso de custeio contributivo, quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou à seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

5. OBRIGAÇÕES

5.1. Obrigações do Estipulante

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- 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, nos termos dos subitens 4.7, 4.8 e 4.9 anteriores, 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 a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, 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 estabelecido;

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; e

m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

5.1.1. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Sociedade Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura e sujeita o Estipulante ou Sub estipulante às cominações legais.

5.2. Obrigações da Seguradora:

a) incluir no contrato de seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou sub estipulante, sempre que lhe for solicitada; e

c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

5.2.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar da proposta de adesão o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

5.3. Obrigações do Segurado

5.3.1. O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

5.3.2. O segurado está obrigado a comunicar à Sociedade Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

5.3.3. A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado cônjuge, quando incluído no seguro.

5.4. Comunicada pelo estipulante ou segurado de qualquer incidente suscetível consideravelmente o risco coberto, conforme alínea “M” do subitem 5.1 anterior, ou subitem 5.3.3 anterior, a seguradora terá o prazo de 15 dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao estipulante ou segurado, conforme o caso, de sua decisão de cancelar apólice.

5.5. O cancelamento mencionado no subitem 5.4. anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

6. GARANTIAS DO SEGURO

6.1. As garantias mencionadas abaixo deste Seguro são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela seguradora e os riscos excluídos destas condições gerais e das condições especiais, descritas por garantia:

- a) Morte - M
- b) Morte Acidental - MA
- c) Invalidez Permanente Total por Doença Funcional - IFPD
- d) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD
- e) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA
- f) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA
- g) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença - DIT
- h) Verbas Rescisórias – VR
- i) Perda de Renda por Desemprego – PRD
- j) Adiantamento Do Capital Segurado Em Caso De Doença Terminal – ACDT
- k) Doenças Graves – DG
- l) Diárias de Internação Hospitalar - DIH
- m) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - DMHO
- n) Auxílio Funeral Dedutível – AFD
- o) Auxílio Funeral Complementar – AFC
- p) Auxílio Educação - AE
- q) Auxílio Alimentação - AA
- r) Diagnostico de Câncer de Mama Feminino - DCMF
- s) Inclusão de Cônjuges – IC
- t) Inclusão de Filhos – IF
- u) Doença Congênita de Filhos – DCF

6.2. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as garantias que pretende contratar.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. Além dos riscos excluídos especificados em cada garantia, este Seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e suas consequências, exceto quando decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

- c) terrorismo que envolver o uso de agentes de natureza nuclear, biológica ou química.
- d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- e) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- f) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários e respectivos representantes, quando o seguro for contratado por pessoas jurídicas;
- g) de competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes;
- h) de doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- i) de inundação, furação, erupção vulcânica, tempestades, terremotos e movimentos sísmicos;
- j) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Pode ser incluído neste seguro como dependente do Segurado Principal o cônjuge ou companheiro(a) e filhos menores de até 21 (vinte e um) ou 24 (vinte e quatro) anos se universitários, do segurado principal, desde que tal dependente não pertença ao grupo segurável principal.

8.1. Para fins do presente seguro também são considerados cônjuges as(os) companheiras(os) que, por força da legislação, adquirirem as prerrogativas de cônjuge.

8.2. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas na condição de Segurado Principal.

8.3. Os capitais segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores aos do componente principal.

9. CAPITAL SEGURADO

Para fins deste seguro, o capital segurado global estabelecido na proposta de contratação e na apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Especiais do seguro.

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado global, quando da liquidação dos sinistros para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

9.2. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

9.3. O capital segurado global será estabelecido na Proposta de Contratação e constará na Apólice, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do Estipulante e/ou Sub Estipulante, desde que expressamente aceito pela Seguradora, será emitido aditivo de alteração do capital segurado global.

9.4. Capital global segurado para funcionário(s) que constarem da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social), diretor(es) que constarem do contrato social e/ou estatuto

social da empresa, sócio(s) que constarem do contrato social e/ou estatuto social da empresa, prestador(es) de serviço(s) e/ou estagiário(s) poderão ser contratados em até duas modalidades, conforme abaixo:

a) Capital Individual Uniforme - CIU:

Será a divisão do Capital Global Segurado, pelo total do número de funcionário(s), diretor(es), sócio(s), prestador(es) de serviço(s) e/ou estagiário(s).

Exemplo:

$$CIU = \frac{CGT}{NT}$$

Onde:

CIU= Capital Individual Uniforme

CGT= Capital Global Total

NT= Número Total de funcionário(s), diretor(es), sócio(s), prestador(es) de serviço(s) e/ou estagiário(s)

b) Capital Individual Específico por Grupo - CIEG:

Será o Capital Global Específico de cada Grupo - funcionário(s), diretor(es), sócio(s), prestador(es) de serviço(s) e/ou estagiário(s) – dividido separadamente pelo número total de segurados pertencentes a cada grupo.

Exemplo:

$$CIEG = \frac{CGEG}{NTIG}$$

Onde:

CIEG= Capital Individual Específico por Grupo

CGEG= Capital Global Específico do Grupo

NTIG= Número Total de Integrantes do Grupo

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

11.1. As garantias deste seguro estão sujeitas ao período de carência e franquia definido nas condições especiais de cada garantia e no contrato.

11.2. O limite máximo do prazo de carência será de dois anos.

11.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

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

11.5. Não será reiniciada a contagem de novo período de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior nos casos de transferência do grupo segurado de outra seguradora e renovação de apólice.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Generali Brasil Seguros, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) Nome do Estipulante;
- b) Valor do prêmio;
- c) Data de emissão;
- d) Número da apólice;
- e) Data limite para o pagamento.

12.2. Fica entendido e ajustado que qualquer pagamento do capital segurado, prestação de serviço ou realização de reembolso por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

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

12.4. É previsto o pagamento do prêmio das seguintes formas:

- a) Pagamento Único;
- b) Pagamento Fracionado 2 a 12 parcelas;
- c) Pagamento Mensal;

A forma de pagamento será estabelecida no Contrato.

12.5. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

12.6. Deverá ser garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

12.7. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

12.8. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, em caso de pagamento fracionado, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada no subitem 12.10.

12.9. Nos casos de fracionamento de prêmios, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização.

12.10. Tabela de prazo curto

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE	PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	A VIGÊNCIA ORIGINAL
--	------------------------------------	---	----------------------------

13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

12.10.1. Para os percentuais não previstos na tabela constante do subitem 12.10 anterior deverá ser aplicado os percentuais imediatamente superiores.

12.11. A Sociedade Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme hipótese prevista no subitem 12.8 anterior.

12.12. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos no item 22, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

12.13. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.8 anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

12.14. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar alteração do prazo de vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

12.15. O plano prevê multa e juros por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.

12.16. Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

12.17. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no subitem 22 posterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.17.1. No caso de cancelamento do seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Sociedade Seguradora.

12.17.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 12.17 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.18. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade Seguradora.

12.18.1. A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Estipulante ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13. CRITÉRIO DE TAXA

A taxa deste seguro será determinada de acordo com a idade média atuarial dos membros do grupo segurável, a taxa média ou taxa única e a respectiva idade média atuarial constarão da proposta de contratação e das condições contratuais.

13.1. Anualmente no aniversário da apólice ou em periodicidade definida nas condições contratuais a seguradora poderá recalculer a taxa e alterar o faturamento dos prêmios se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros avisados superar o de prêmios arrecadados.

13.1.1. Para realizar a alteração, a taxa prevista no item anterior deverá ser submetida a anuência prévia e expressa do Estipulante, caso implique em ônus ou perda de direito pelos segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nestas condições gerais e nas condições contratuais.

14. BENEFICIÁRIOS

14.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

14.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

14.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

14.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

14.4. Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

15. SINISTROS

15.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro" à Seguradora.

15.2. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

15.3. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos constantes nas condições especiais de cada garantia contratada, sem prejuízo de outros que se façam necessários dada a especificidade do caso concreto.

15.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas condições especiais da garantia contratada, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

15.4.1. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 15.3 e 15.4, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

15.5. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

15.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.7. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

15.8. A sociedade seguradora poderá solicitar cópia de atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados (*a tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização*) em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido.

15.9. O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.

15.10. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes o que constará expressamente no contrato.

15.11. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no subitem anterior, o segurado será automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

15.12. Junta Médica

15.12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora irá 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.

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

15.12.3. 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.

15.13. Perícia da Seguradora

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

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

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

15.13.4. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

16.1. A vigência será determinado nas Condições Contratuais, sendo facultada a contratação por prazo curto, anual ou plurianual.

16.1.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada. Os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

16.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

16.1.3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de aceitação da proposta ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta de contratação e do Contrato.

16.1.4. Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação do risco pela Seguradora, devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data da aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.

16.2. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

16.2.1. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

16.2.2. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia do Estipulante.

16.2.3. No caso de não renovação, a seguradora e o estipulante poderão de comum acordo estender a sua vigência, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

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

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

17.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 60 (sessenta) dias a partir data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

17.2. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme o subitem 17.3. Esta situação acarretará na suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

17.3. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,5% ao mês, a título de juros de mora.

17.4. Reabilitação de coberturas

17.4.1. Quando suspenso, o seguro, seja a apólice, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A apólice será cancelada:

- a)** por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b)** se não houver o pagamento do prêmio devido no prazo de até 60 (sessenta) dias, conforme o item 17, o seguro será cancelado automaticamente;

- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato;
- e) quando o Estipulante não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice;
- f) quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

18.2. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual nos seguintes casos:

- a) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- b) atraso no pagamento das parcelas do Prêmio, observado o disposto no item 17 destas Condições Gerais;
- c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- d) ocorrência da morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
- f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos;
- g) automaticamente pela inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
- h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação;

18.3. A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

- a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;
- c) por solicitação do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;
- d) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- e) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

18.4. Além da situação mencionada acima a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias por mútuo e expresso consenso das partes contratantes, Estipulante, Seguradora e 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

18.5. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

18.6. Na hipótese de rescisão conforme item 18.5 acima, a sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19. PERDA DE DIREITO

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

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

19.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

19.2. O Segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Na hipótese de o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Sociedade Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

20.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

20.2. As coberturas garantidas cessarão automaticamente:

20.2.1. Para o Segurado Principal

a) com o cancelamento da apólice;

b) No caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do estipulante das apólices e consequentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;

c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;

d) no caso de Coberturas Adicionais ou Especiais, além dos casos previstos anteriormente, como cancelamento da respectiva cláusula;

e) quando o Segurado for indenizado pela cobertura de ILPD, IPTA, DG, PRD, DIT, VR ou DCMF; ou

f) com a inclusão do dependente no grupo segurável principal.

20.2.1.1. Não obstante o disposto nas alíneas “b” e “c” do subitem anterior, a cobertura do segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último prêmio pago, se o prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.

20.2.2. Para o Segurado cônjuge, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por qualquer das coberturas contratadas;
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou
- e) com o pagamento do capital total garantido por qualquer das coberturas contratadas.

21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa do Estipulante.

21.1. O mesmo prevalece para eventuais alterações das taxas do seguro.

21.2. Quando a alteração não implicar ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

21.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela seguradora e pelo estipulante.

22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. MULTA E MORA EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E SINISTROS

22.1. O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Caso ocorra a extinção deste índice, será utilizado o IGPM - Índice Geral de Preços do Mercado como índice substituto.

22.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio ou da contribuição for anual, os capitais segurados, pagáveis por quaisquer coberturas contratadas, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, conforme descrito no subitem 22.1, desde a data da última atualização do prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

22.3. Multa e Mora em Caso de Atraso no Pagamento dos Prêmios e Sinistros

Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão atualizados pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

23. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples. Devido à natureza deste regime, não é devido a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

24. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o Segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e a ação do Segurado ou Beneficiário, contra o causador do sinistro.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do estipulante e/ou corretor de seguros deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

25.1. Todo o material de propaganda e promoção do seguro deve conter os seguintes elementos obrigatórios:

- a) aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização; e
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

26. MOEDA

Todos os valores constantes dos documentos que integram as operações de seguro deverão ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

27. IMPOSTOS

Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

28. FORO

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

28.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 28 anterior.

29. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30. ENCARGOS DE TRADUÇÃO

São indenizáveis, até o Limite da Importância Segurada estipulado no contrato, e obedecidos os exatos termos e condições da presente apólice de seguro, os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior.

31. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se um percentual do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributivo, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

31.1. Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

31.2. Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL;
- j) Despesas de Marketing;
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos segurados;
- l) Valor total das despesas com Assistências.

31.3. As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

31.4. A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

32. REGISTRO NA SUSEP

As condições deste seguro estão registradas junto à SUSEP no processo administrativo sob o número 10.006351/01- 88.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

MORTE – M

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, devidamente coberta, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data do falecimento do segurado.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Na garantia de Morte do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

5.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
- e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de morte do segurado consequente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) De 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 ferimentos visíveis;
- d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito nas Condições Gerais. Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Na garantia de Morte Acidental do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

6.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- j) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- k) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

- l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- n) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- o) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- p) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- q) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- r) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD**1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Garante ao segurado, a antecipação do capital segurado contratado para a garantia de morte, em caso de invalidez consequente de doença que resulte na invalidez funcional permanente total por doença, comprovada através de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. São considerados Quadros Clínicos Incapacitantes, os provenientes **exclusivamente das seguintes doenças:**

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

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

1.4. A seguradora reserva-se no direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

1.5. No caso de discordância sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, **a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita**, uma junta médica composta de 3(três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois médicos indicados.

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

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

1.6. **As despesas efetuadas com a comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.**

1.7. A garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a garantia de Morte.

1.8. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data da constatação da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais. Portanto, em caso de morte após a data da constatação da Invalidez Funcional Permanente por Doença, a indenização por Morte não é devida.

1.9. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. DEFINIÇÕES

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: é a invalidez que cause a perda da existência independente do segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia, e, portanto, a seguradora não indenizará, os seguintes eventos ocorridos em consequência de:

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

4. CARÊNCIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento no caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora. A data da invalidez será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- e) Cópia do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado;
- f) Cópia simples do Documento Médico 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.
- g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD**1. OBJETIVO DA GARANTIA**

1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez laborativa permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença, contraída durante a vigência da apólice e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Após o pagamento do capital segurado, conforme previsto nestas Condições Especiais, esta cobertura será cancelada automaticamente, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

1.3. Esta cobertura cessará automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

2. CONCEITO

2.1. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.1.1. Estão excluídas as doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas.

2.2. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.

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

2.4. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertos os eventos gerados por doenças do trabalho ou profissionais, que não se enquadram nas definições desta cobertura e das Condições Gerais.

3.2. Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.

4. CAPITAL SEGUADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

4.3. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital da cobertura de morte.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- e) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi 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;
- f) Cópia simples do Documento Médico 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.
- g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

5.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ou integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez 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 um dos pés.	100
Perda total do uso de ambos os pés.	100
Alienação mental total e incurável.	100
Nefrectomia Bilateral.	100
Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Parcial - Diversas	
Perda total da visão de um olho.	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.	20

Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.	25

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Parcial – Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores.	70
Perda total do uso de uma das mãos.	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros.	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.	30
Anquilose total de um dos ombros.	25
Anquilose total de um dos cotovelos.	25
Anquilose total de um dos punhos.	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.	18
Perda total do uso da falange distal do polegar.	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	
Discriminação	% sobre capital segurado

Invalidez 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 tíbios-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0

Discriminação	% sobre capital segurado
----------------------	---------------------------------

Diversas	
Mandíbula: Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
Nariz	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
Aparelho Visual: Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da Fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50

Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação Parcial da língua (menos de 50%)	15
Amputação Parcial da língua (mais de 50%)	30
Sistema Auditivo	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
Perda do baço	15
Aparelho Urinário: Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75

Discriminação	% sobre capital segurado
Diversas	
Aparelho Genital e Reprodutor	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
Parede Abdominal	

Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
Tórax	
Aparelho Respiratório	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
Mamas	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
Abdome (Órgãos e Visceras)	
Gastrectomia parcial	10

Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70

Discriminação	% sobre capital segurado
Diversas	
Intestino Grosso	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

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

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá 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.

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

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

1.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%.

1.5. Nos casos não especificados na tabela do item 1.1.1, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

1.8. 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.

1.9. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

1.10. A garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte e Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.11. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.13. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) De 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 ferimentos visíveis;
- d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais

arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito nas Condições Gerais. Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo sinistro.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- f) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- i) Original do RX das lesões e exames realizados;
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA**1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente total, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez 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 um dos pés.	100
Perda total do uso de ambos os pés.	100
Alienação mental total e incurável.	100
Nefrectomia Bilateral.	100

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

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá 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.

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

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

1.4. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte, Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.5. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.7. 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.

1.8. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Invalidez Permanente Total por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo -

LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito nas Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

f) Cópia autenticada do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);

h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);

- i) Original do RX das lesões e exames realizados;
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIT

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no contrato de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação.

A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal e/ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

1.2. A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, consequentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas na apólice.

1.3. Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

1.4. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

1.5. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez.

1.6. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Diárias por Incapacidade Temporária: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15(quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do segurado, por determinação médica.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segura, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento o primeiro dia do afastamento do segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

5.5. O valor da diária segura e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segura de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro;**
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;**
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;**

- d) Relatório médico informando o motivo do afastamento do segurado com o respectivo número do CID;
- e) Cópia simples da Comunicação do Resultado do Exame Médico – CREM;
- f) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- g) Declaração do médico e/ou hospital constando o período de afastamento;
- h) Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- i) Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;
- k) Carta de concessão do auxílio doença do INSS;
- l) Quando autônomo: comprovação de atividade autônomo dos últimos 12 meses.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

VERBAS RESCISÓRIAS – VR

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de verbas rescisórias, em caso de morte do segurado principal devidamente coberta. **Exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

- a) A data do acidente, no caso de morte acidental ou invalidez total decorrente de acidente pessoal;
- b) A data da morte, no caso de morte natural;
- c) A data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora, no caso de invalidez funcional permanente decorrente de doença; e
- d) A data da constatação da doença, no caso de doenças graves.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. O beneficiário desta garantia será sempre o estipulante.

5.1.1. O estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor do(s) beneficiário(s) “herdeiros legais” ou designados pelo segurado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

Documentos gerais para todos os casos:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- f) Cópia simples do RG e CPF dos procuradores da empresa;
- g) Cópia simples do contrato social;

- h) Cópia completa da Ficha de Registro do segurado e suas atualizações;
- i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

No caso de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos documentos gerais:

- a) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- b) Cópia simples da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);
- c) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- d) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- e) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- f) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

No caso de Doença Grave, além dos documentos gerais:

- a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;
- b) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada;
- c) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

No caso de Invalidez Funcional Permanente por Doença, além dos documentos gerais::

- a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- b) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi 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 Autônômicas do segurado;
- c) Cópia simples do Documento Médico 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;
- d) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao número de dias que o segurado permanecer desempregado, deduzida a franquia, em caso de desemprego involuntário do segurado principal quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Para fins desta garantia entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

1.3. **O segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo, conforme definido em contrato e descrito na proposta de adesão, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.**

1.4. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia os eventos abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido em contrato.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 30 (trinta) dias se iniciará na data da perda de renda por desemprego involuntário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de desemprego do segurado, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da baixa do contrato de trabalho do segurado.

4.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitando o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independente da renovação da apólice.

4.5. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

4.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;
- d) Cópia simples da Carteira Profissional. Envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;;
- e) Termo de Rescisão Contratual;
- f) Homologação do contrato de trabalho no TRT ou Sindicato (cópia autenticada frente e verso);
- g) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão;
- h) Cópia simples da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego;

6.2. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

6.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao Segurado um adiantamento de um percentual fixo a ser estipulado no contrato, relativo ao capital segurado na cobertura de Morte (M), caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. É considerado “doente em fase terminal” o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.

1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

2.1. Caso o segurado venha a se tornar um “doente em fase terminal”, o adiantamento do capital será realizado:

- a) ao próprio segurado, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e física;
- b) ao representante legal do segurado, regularmente decretado por juízo competente, quando o segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física.

2.2. Para fins da presente garantia entende-se por capacidade civil aquela definida no Código Civil Brasileiro e, por capacidade física, a faculdade do Segurado para, de próprio punho, firmar na forma escrita o recibo de pagamento do adiantamento do capital segurado, ou de indicar representante legal para fazê-lo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50% (cinquenta por cento) da vigência individual do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data atestada pelo médico devidamente autorizado pela seguradora.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Conforme item 2 (dois) desta Condição Especial.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- d) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- f) Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);
- g) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- h) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- i) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- j) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- k) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DOENÇAS GRAVES - DG

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este seguro constantes nestas condições, quando ocorrida e diagnosticada durante a vigência do seguro e após o período de carência, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

1.1.1. Esta garantia cessará quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

1.2. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas. **Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:**

1.2.1. DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

Definição: É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, pulmonares, da cavidade oral, do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), do pâncreas, leucemias agudas (mielóide e linfóide), sarcomas e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Riscos Excluídos:

a) As displasias, lesões pré-cancerígenas, os tumores benignos e qualquer tumor maligno de outros órgãos e aparelhos, que não os especificados no item 1.2.1. “Riscos Cobertos”, desta cláusula.

b) Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias não primárias na região anatômica do útero.

1.2.2. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

São as doenças do coração, incidente nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Riscos Cobertos:

Estão cobertas as doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia cotoracotomia. Estarão cobertas também as miocardiopatias classe funcional NYHA III e IV da New York Heart Association.

Riscos Excluídos:

Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de “stents”, as cirurgias para implantação de marca passo e as cirurgias de ablação.

1.2.3. DOENÇAS NEUROLÓGICAS**1.2.3.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL****Definição:**

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de sequelas de AVC avaliados após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 (dois) membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

1.2.3.2. DOENÇA DE ALZHEIMER**Definição:**

Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa que geralmente se inicia com perda da memória e que pode evoluir para quadro demência grave.

Riscos cobertos:

Estarão cobertas as doenças com quadro clínico comprovado e que apresentem distúrbios cognitivos.

1.2.3.3. DOENÇA DE PARKINSON**Definição:**

A Doença de Parkinson é uma moléstia de caráter progressivo de causa desconhecida com características motoras que incluem tremores em repouso, rigidez, lentidão de movimentos, alterações posturais e cognitivas.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clinicamente comprovadas com alterações motoras e tremores em ambos os membros superiores bem estabelecidas.

1.2.3.4. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)**Definição:**

A esclerose lateral amiotrófica - ELA é uma doença neurológica degenerativa que atinge o neurônio motor periférico e clinicamente se caracteriza com quadro de fraqueza progressiva, perda e atrofia muscular.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clínicas e laboratorialmente diagnosticadas.

1.2.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco coberto:

Estará coberto o segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- a) Coração;
- b) Fígado;
- c) Medula óssea;
- d) Pâncreas;
- e) Pulmão;
- f) Rim.

1.2.5. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Definição:

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza por perda progressiva e irreversível da função renal.

Riscos cobertos

Estarão cobertos os portadores de insuficiência renal crônica em programa de tratamento com diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal)

1.3. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.4. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato desta garantia, não havendo reintegração do capital segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais garantias.

1.5. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 1.2, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

1.5.1. O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

1.5.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

1.5.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

1.5.4. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a

seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, uma junta médica composta de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. 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. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.5.5. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

1.5.6. Reconhecida a Doença Grave pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo o segurado se manter no plano, com as demais garantias contratadas.

1.5.7. O pagamento da indenização desta garantia, não é dedutível do capital segurado das demais garantias deste seguro.

1.6. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia os riscos descritos na cláusula 1.2 destas condições especiais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

3.1. O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

3.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

3.1.2. Não haverá franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da constatação da doença grave.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

5.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;
- e) Cópia do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada;
- f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: 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; as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;**
- d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;**
- e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- f) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;**
- h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
- j) Diálises, hemodiálises;**
- k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.**
- l) Internações domiciliares (Home Care);**
- m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;**
- n) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência da apólice.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segura, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

5.3. O valor da diária segura e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segura de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.4. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5.5. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou)
- e) Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal;
- f) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g) Laudo do exame toxicológico;
- h) 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;
- i) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- j) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;
- k) Resultado do exame de dosagem alcoólica;
- l) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- m) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- n) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

Generali Brasil Seguros – CNPJ 33.072.307/0001-57
Processo SUSEP nº 10.006351/01-88
Versão_ 201505

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. O valor da indenização prevista nesta garantia não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.3. As despesas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda na data do pagamento das mesmas pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado para esta garantia, cujo valor será devidamente atualizado conforme previsto nas condições gerais.

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

1.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue.

1.7. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente: são as despesas médicas, hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto pelo seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- b) Estados de convalescença (após a alta hospitalar);**
- c) Dietas especiais;**
- d) Diárias e despesas de acompanhantes;**
- e) Prótese de uso permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- f) Órteses de qualquer natureza.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito nas Condições Gerais.

4.2. A franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 30% (trinta) por cento dos gastos efetuados pelo segurado - em função do evento coberto por esta garantia -, limitado ao capital individual contratado.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;**
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;**
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;**
- d) Comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;**
- e) Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;**
- f) Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;**
- g) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal o procedimento realizado.**
- h) Cópia simples do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.**

i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante a antecipação do capital segurado contratado para garantir o pagamento das despesas com funeral em caso de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. A presente garantia somente poderá ser contratada em conjunto com a contratação da garantia de morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a garantia relativa à garantia de morte.

1.3. O pagamento da referida garantia será através de reembolso das despesas com funeral, mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado estabelecido no contrato de seguro.

1.4. O valor de indenização desta garantia será deduzido da importância a ser indenizada para a garantia de morte.

1.5. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) A data da morte.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Na garantia Auxílio Funeral Dedutível do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. **Documentos necessários para liquidação de sinistros:**

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Nome e CPF do segurado sinistrado;
- c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;

d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) A data da morte.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Na garantia Auxílio Funeral Complementar do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Nome e CPF do segurado sinistrado;
- c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;
- d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO EDUCAÇÃO – AE

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de auxílio educação, em caso de morte do segurado principal, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado principal.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Na garantia de Auxílio Educação do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários com idade até 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos se universitários, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
- e) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;

- j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de auxílio alimentação, em caso de morte do segurado principal, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado principal.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Na garantia de Auxílio Alimentação do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
- e) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

- k) Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF**1. OBJETIVO**

1.1. Garantir à própria Segurada, em vida, indenização, de acordo com o valor contratado, em caso de primeiro diagnóstico positivo de câncer de mama feminina.

Considera-se a data do evento, a data do primeiro diagnóstico da doença devidamente comprovada.

1.2. Conceito de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:

Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas que afetam a(s) mama(s) feminina(s) em toda a sua extensão regional ou que dela decorram afetando outras regiões do organismo (metástases), em qualquer estágio evolutivo, desde que, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza.

1.3. Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama, independente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.

2. GRUPO SEGURÁVEL

2.1. Todas as componentes que se enquadrem nas condições de Segurabilidade descritas no item 4 posterior, que mantenham vínculo direto com o Estipulante.

2.2. Também serão aceitas proponentes que sejam cônjuges e/ou companheiras da pessoa que mantenha vínculo direto com o Estipulante, neste caso, desde que esta última se responsabilize pelo pagamento dos prêmios mensais.

2.3. Mediante prévio acordo expresso entre Estipulante e Seguradora, poderão ser incluídas no seguro familiares da Segurada Principal, ou da pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante, tais como filhas, enteadas e mães, desde que se enquadrem nas condições de segurabilidade constantes do item 4 posterior e que a pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante se responsabiliza pelo pagamento dos prêmios mensais.

3. GRUPO SEGURADO

É constituído pelas componentes do grupo segurável efetivamente incluídas aceitas no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

4. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE

4.1. Podem participar do seguro todas as componentes que, na data de inclusão no seguro, estejam em boas condições de saúde, possuam idade até o limite especificado no contrato e preencham de próprio punho a proposta e respectiva Declaração Pessoal de Saúde.

4.2. A quota relativa a eventuais elevações individuais e espontâneas de capital segurado, para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, submete-se às condições firmadas no item anterior, bem como à carência estabelecida no item 7 posterior.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino: Garante à própria segurada, em vida, a antecipação de até 100% do capital segurado contratado especificamente para

esta cobertura, que é integralmente dedutível da cobertura Morte, em caso de diagnóstico positivo de câncer de mama feminino.

5.2. Habilitação da cobertura: Entende-se por certificação de malignidade os resultados das análises anatomo e histopatológicas, obtidas através de biópsia ou de qualquer outro meio intervencionista que capacite tal confirmação diagnóstica sobre lesões identificadas como primárias ou metastáticas desta patologia.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos da cobertura Morte, bem como de todas as coberturas desse seguro, descritos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, estão excluídos do presente seguros eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina;
- b) doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s);
- c) quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de “câncer de mama”, inclusas as lesões pré-malignas, em qualquer estágio de evolução;
- d) quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de “câncer de mama”;
- e) doenças, mesmo que as incluídas no conceito de “câncer de mama”, que se manifestem como consequência de complicações, degenerações ou seqüelas ocorridas em mulheres expostas à tratamentos cirúrgicos com fins estéticos, redutores ou mesmo reconstrutores, mesmo que prescritos e/ou realizados por médicos, em qualquer tempo, na mama feminina.
- f) Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica;
- g) Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fim, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como, contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Há carência de 3 (três) meses para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, durante os quais a Segurada não poderá exigir qualquer indenização da Seguradora, em caso de diagnóstico positivo de doença. Não haverá franquia para esta garantia.

8. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

- a) formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;
- b) exames de imagem (ultra-sonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
- c) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;
- d) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico;
- e) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;
- f) Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico;
- g) Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação.
- h) Além desses documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de duvida fundada e justificável.

9. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA

- a) A seguradora reserva-se o direito de solicitar quando entender conveniente, a realização de perícia médica na segurada.
- b) É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.
- c) **Seguradora e Segurada abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.**

10. BENEFICIÁRIA

Será a própria segurada no caso de Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

- a) Os capitais segurados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e pela Cobertura Morte não se acumulam.
- b) Os capitais antecipados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino é integralmente dedutíveis do capital da cobertura Morte e não sofrem reintegração.
- c) Uma vez pago o adiantamento da Cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama a Segurada é excluída desta cobertura, podendo permanecer na apólice com o saldo do capital remanescente garantido exclusivamente pela Cobertura Morte.

12. PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO

- a) Na hipótese de configuração da doença e concretização do pagamento da indenização, conforme previsto no subitem 11 anterior, o prêmio relativo a cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama será proporcionalmente reduzido, em função da exclusão da Segurada dessa cobertura.
- b) **Na hipótese de haver constatação do diagnóstico de câncer de mama feminino durante o período de carência estipulado no item 7 anterior, a Seguradora devolverá os prêmios individuais pagos pela Segurada, corrigidos conforme legislação em vigor, e excluirá a segurada da apólice.**
- c) **Na hipótese de haver constatação de preexistência do diagnóstico de câncer de mama feminino, a segurada será excluída da apólice sem direito a devolução dos prêmios pagos.**

13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS

Uma segurada não poderá estar coberta por mais de uma vez pela Cláusula Especial de Cobertura para Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

- a) **Em caso de duplicidade de coberturas a seguradora considerará a Segurada garantida pela primeira proposta que tiver sido aceita e que esteja vigente, devolvendo os prêmios pagos em duplicidade, corrigidos conforme legislação em vigor.**

14. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

15. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta Garantia.

INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais de cada garantia.

1.1.1. O cônjuge poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o cônjuge que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3. Não participará desta cláusula o cônjuge separado de fato do segurado.

2. DEFINIÇÕES

Cônjuge ou companheira (o): equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, de acordo com a legislação em vigor.

3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. **Facultativa:** abrange os componentes que tiverem sua inclusão autorizada pelo segurado principal, cuja(s) garantia(s) seja(m) contratada(s) por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. **Automática:** incluem-se todos os cônjuges dos segurados principais do grupo segurado, exceto cônjuges ou companheiros que façam parte do mesmo grupo segurável do segurado principal ou aqueles que estejam separados de fato do segurado principal na data do sinistro.

4. GARANTIAS

4.1. As garantias que poderão ser contratadas para o cônjuge serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

5.1. Ocorrerá a cessação desta garantia e cancelamento do seguro individual:

- a) Com o desaparecimento do vínculo existente entre o estipulante e o segurado principal;
- b) Com a morte ou invalidez total e permanente por acidente do segurado principal;
- c) Se for cancelada a respectiva cláusula de inclusão de cônjuge;
- d) Se cessar a condição de dependente do segurado principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à seguradora;
- e) A pedido do segurado principal;
- f) Com a inclusão do dependente no seguro na condição de segurado principal.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do cônjuge não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INCLUSÃO DE FILHOS – IF

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro em caso de falecimento de seu(s) filho(s), excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O(s) filho(s) poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o(s) filho(s) que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3. Em caso de filhos menores de 14 anos, será garantido o reembolso de despesas com funeral, limitado ao capital segurado desta cobertura, definido no contrato de seguro, mediante apresentação de notas fiscais originais e nominais ao responsável pelo funeral.

1.4. Somente será incluído como segurado dependente o(s) filho(s), enteados e menores considerados dependentes do segurado principal e, desde que, no momento da contratação, estejam em perfeitas condições de saúde e com idade máxima de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos se universitário.

2. DEFINIÇÕES

Filho(s): equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado, desde que comprovada, documentalmente.

3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. Facultativa: abrange o(s) filho(s) dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. Automática: abrange o(s) filho(s) de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante.

4. GARANTIAS

As garantias que poderão ser contratadas para o(s) filho(s) serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do filho não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS – DCF

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de doença congênita de filho(s) quando do seu nascimento, previstas nestas condições, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Estão cobertas as seguintes doenças congênicas:

- a) Malformação do Sistema Nervoso Central e Periférico;
- b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traquéia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- h) Anomalias cromossômiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

1.3. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra durante o período de vigência desta garantia.

2. DEFINIÇÕES

Doença Congênita - consideram-se como doença congênita aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia o nascimento do filho natimorto (pessoa que nasce morta).

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico da doença congênita do filho recém nascido do segurado coberta nestas condições especiais.

5.2.1. Após o nascimento do filho do segurado a doença congênita deverá ser comprovada por médico habilitado.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:**

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;
- d) Cópia da certidão de nascimento do filho do segurado principal, portador da doença congênita;
- e) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhados de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem;
- f) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela seguradora.

7.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

7.4. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do segurado principal, excluídas as realizadas pela seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

7.5. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.