



Vida em Grupo

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Processo **SUSEP 15414.634511/2022-59**

SUMÁRIO

CONDIÇÕES CONTRATUAIS	4
1. APRESENTAÇÃO	4
2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
3. DEFINIÇÕES.....	5
CONDIÇÕES GERAIS	16
4. OBJETIVO DO SEGURO	16
5. COBERTURAS	16
6. CONDIÇÕES PARA A ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	17
7. RISCOS EXCLUÍDOS.....	17
8. PERDA DE DIREITOS	19
9. GRUPO SEGURÁVEL.....	21
10. GRUPO SEGURADO	22
11. CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS	22
12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	22
13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	23
14. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	25
15. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	25
16. CARÊNCIAS	25
17. FRANQUIAS	26
18. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	26
19. ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS.....	29
20. BENEFICIÁRIOS	30
21. CAPITAL SEGURADO	31
22. CUSTEIO DO SEGURO	31
23. PAGAMENTO DO PRÊMIO	31
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	33
25. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	35
26. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	35
27. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	35
28. TAXA DO PRÊMIO	35
29. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	36
30. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO	36
31. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	36
32. REGULAÇÃO DO SINISTRO.....	37
33. JUNTA MÉDICA	38
34. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	38
35. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	39
36. SUBROGAÇÃO.....	40
37. COMUNICAÇÕES.....	40

38. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	40
39. PRESCRIÇÃO	40
40. FORO	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS	41
COBERTURA DE MORTE	41
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL.....	43
COBERTURA DE CESTA BÁSICA	45
COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA	47
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	49
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	51
COBERTURA AUTONOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	59
COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	66
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO).....	74
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	77
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	81
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	87
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	92
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	97
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA	102
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA	105
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA FACULTATIVA	107
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA.....	109
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA FACULTATIVA	111
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	113

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. APRESENTAÇÃO

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

2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 2.1.** A Contratação deste Seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 2.2.** A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.
- 2.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.4.** Na contratação por meios remotos o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data da sua adesão ao seguro.
- 2.5.** A utilização de meios remotos na emissão da apólice e certificado individual garante ao Segurado a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à Seguradora.
- 2.6.** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.
- 2.7.** Para sinistros, o Segurado poderá entrar em contato pelo telefone **0800 770 5549** (atendimento de segunda a sexta, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 17h, exceto feriados) ou pelo **SAC 0800 725 1105** (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou por meio do **endereço eletrônico atendimento@alba.com.br**. Para atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, o segurado deverá enviar mensagem para o **WhatsApp (11) 4369-7171** ou através do **Chat** no site www.alba.com.br (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou ainda para o **endereço eletrônico atendimento_def@alba.com.br**. Caso o Segurado possua um número de protocolo do SAC sem solução satisfatória, poderá contestar na Ouvidoria através do telefone **0800 725 1071** (atendimento de segunda a sexta, das 7h às 20h, exceto feriados).
- 2.8.** Para registro de reclamações dos consumidores pessoas físicas, deverá ser utilizada a plataforma digital oficial: <https://www.consumidor.gov.br>.
- 2.9.** Suas informações estão protegidas pela Lei Geral de Proteção de Dados. A SEGURADORA zela pelos seus dados e informações constantes em nosso banco de dados e cumpre com a LGPD. O compartilhamento de seus dados e informações somente com empresas que nos auxiliam a cumprir nossos compromissos contigo, mediante contratos firmados com empresas de assistência, resseguradores e órgão fiscalizador e Normativo. Bem como, com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos aos Segurados. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, entre no site https://www.alba.com.br/?page_id=3.

3. DEFINIÇÕES

Visando a tornar mais compreensível e transparente este Contrato de Seguro, apresentamos os principais termos técnicos utilizados nestas Condições Gerais com seus respectivos conceitos:

3.1. ACEITAÇÃO DO RISCO

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

3.2. ACIDENTE PESSOAL

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

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

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

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

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

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

3.2.2. EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:

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

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

3.2.2.3. AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO.

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

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

3.3. AGRAVAMENTO DE RISCO

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

3.4. AGRAVO MÓRBIDO

Evolução com piora de uma doença.

3.5. ALIENAÇÃO MENTAL

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

3.6. APARELHO LOCOMOTOR

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

3.7. APÓLICE DE SEGURO

Documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos. No caso das presentes condições, trata-se do contrato de seguro firmado entre Proponente e a SEGURADORA formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da SEGURADORA e do(s) Beneficiário(s).

3.8. ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL

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

3.9. ATIVIDADE LABORATIVA

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

3.10. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Ocupação profissional declarada pelo Segurado/Estipulante, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu rendimento e provém seu sustento.

3.11. ATO DOLOSO

Ato ilícito causado por ação ou omissão voluntária.

3.12. ATO ILÍCITO

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

3.13. ATO MÉDICO

Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

3.14. AUXÍLIO

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

3.15. AVISO DE SINISTRO

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

3.16. BENEFICIÁRIO(S)

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

3.17. BOA-FÉ

No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e a SEGURADORA, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

3.18. CANCELAMENTO

Dissolução antecipada do contrato de seguro em relação à sua vigência originalmente pactuada entre a SEGURADORA e o Segurado.

3.19. CAPITAL SEGURADO

Importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela SEGURADORA em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do capital segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.

3.20. CARDIOPATIA GRAVE

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

3.21. CARÊNCIA

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.22. CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO

Documento destinado ao Segurado, emitido pela SEGURADORA no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores do capital segurado ou do prêmio.

3.23. COBERTURAS

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

3.24. COGNIÇÃO

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

3.25. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro, incluindo as da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

3.26. CONDIÇÕES E/OU CLÁUSULAS PARTICULARES

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

3.27. CONDIÇÕES ESPECIAIS:

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

3.28. CONDIÇÕES GERAIS

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

3.29. CÔNJUGE

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

3.30. CONECTIVIDADE COM A VIDA

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

3.31. CONSUMPÇÃO

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

3.32. CONTRATO DE SEGURO

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

3.33. CORRETOR DE SEGUROS

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

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

3.34. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

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

3.35. DATA DE EXIGIBILIDADE

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

3.36. DEAMBULAR

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

3.37. RELATÓRIO MÉDICO

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

3.38. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES

Informações que devem ser prestadas pelo proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela sociedade seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto. Tal declaração é apresentada por meio formal e legal, sendo inclusa na Proposta de Contratação em que o Proponente ou Segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde e atividades, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da Proposta de Contratação, para análise de aceitação da SEGURADORA.

3.39. DEFICIÊNCIA VISUAL

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

3.40. DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

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

3.41. DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO

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

3.42. DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE

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

3.43. DOENÇA CRÔNICA

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

3.44. DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

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

3.45. DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA

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

3.46. DOENÇA PROFISSIONAL

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

3.47. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e respectiva assinatura da proposta de seguros, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro, e que poderão ser identificadas pela SEGURADORA por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios. Se não forem informadas na declaração pessoal de saúde, na proposta de adesão ou outro documento ou meio ofertado pela Seguradora, as doenças e lesões pré-existentes não geram o direito à indenização.

3.48. ENDOSSO

Documento expedido pela SEGURADORA, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da apólice pelo qual a SEGURADORA aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

3.49. ESTADOS CONEXOS

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

3.50. ESTIPULANTE

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

3.51. ETIOLOGIA

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

3.52. EVENTO COBERTO

Acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à SEGURADORA em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

3.53. FATORES DE RISCO E MORBIDADE

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

3.54. FILHO(S)

Aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observada alguma das condições a seguir: a) Filho(a) ou enteado(a) com até 21 (vinte e um) anos de idade completos; b) filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte

e quatro) anos; c) filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho.

3.55. FRANQUIA

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

3.56. GRUPO SEGURADO

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

3.57. GRUPO SEGURÁVEL

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

3.58. HÍGIDO

Saudável.

3.59. INDENIZAÇÃO

Pagamento efetuado pela SEGURADORA ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro, limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada.

3.60. MÉDICO ASSISTENTE

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

3.61. MEIOS REMOTOS

São aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

3.62. NATIMORTO

Criança que ao nascer já se encontra morta.

3.63. PERÍODO DE COBERTURA

Período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

3.64. PRÊMIO DO SEGURO

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

3.65. PROCESSO SUSEP

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

3.66. PROGNÓSTICO

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

3.67. PROPONENTE

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

3.68. PROPOSTA DE ADESÃO

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

3.69. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

3.70. QUADRO CLÍNICO

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

3.71. RECIDIVA

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

3.72. REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

3.73. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

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

3.74. REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

3.75. RELAÇÕES EXISTENCIAIS

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

3.76. RELATÓRIO MÉDICO

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

3.77. RENOVAÇÃO

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

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

3.78. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.79. SEGURADO

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

3.80. SEGURADO DEPENDENTE

Cônjuge ou companheiro (a), filho(s) e/ou enteado(s), do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.

3.81. SEGURADO PRINCIPAL/SEGURADO TITULAR

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

3.82. SEGURADORA

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

3.83. SENTIDO DE ORIENTAÇÃO

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

3.84. SEQUELA

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

3.85. SINISTRO

Ocorrência de risco coberto, durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

3.86. TRANSFERÊNCIA CORPORAL

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

3.87. VIGÊNCIA

Período que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

4. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s) na apólice, indicada(s) na Proposta de Contratação ou na Proposta de Adesão, o pagamento do capital segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em função da ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência da apólice e mediante o pagamento do prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Condições Particulares e nas disposições legais e regulatórias aplicáveis.

5. COBERTURAS

5.1. As coberturas passíveis de contratação para este plano de seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela SEGURADORA e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- 5.1.1. Cobertura de Morte**
- 5.1.2. Cobertura de Morte Acidental**
- 5.1.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- 5.1.4. Cobertura Autônoma de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**
- 5.1.5. Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença**
- 5.1.6. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**
- 5.1.7. Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente**
- 5.1.8. Cobertura de Doenças Graves**
- 5.1.9. Cobertura de Rescisão Trabalhista**
- 5.1.10. Cobertura de Perda de Renda por desemprego involuntário**
- 5.1.11. Cobertura de Invalidez por Doença Congênita**
- 5.1.12. Cláusula Suplementar de inclusão Automática de Cônjuge**
- 5.1.13. Cláusula Suplementar Facultativa de Cônjuge**
- 5.1.14. Cláusula Suplementar de inclusão Automática de Filhos**
- 5.1.15. Cláusula Suplementar de inclusão Facultativa de Filhos**
- 5.1.16. Cláusula de Distribuição de Excedente**
- 5.1.17. Cobertura Auxílio Funeral**
- 5.1.18. Cobertura de Cesta Básica**

5.2. PARA CARACTERIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DESTE PLANO COMO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA, OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ SER CONTRATADA A COBERTURA DE MORTE.

- 5.3.** PARA EFEITO DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE COMPONENTES NO SEGURO, DEVERÁ SER OBSERVADO O LIMITE DE 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE PARA ADESÃO, SALVO SE A SEGURADORA EXPRESSAMENTE ACEITAR A ADESÃO DE PESSOA COM IDADE SUPERIOR.
- 5.4.** PARA MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO EXCLUSIVAMENTE O PAGAMENTO DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL.
- 5.5.** A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital (is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.
- 5.6.** A cobertura suplementar de inclusão facultativa de cônjuge não pode ser contratada juntamente à cobertura suplementar de inclusão automática de cônjuge.
- 5.7.** A cobertura suplementar de inclusão facultativa de filhos não pode ser contratada juntamente à cobertura suplementar de inclusão automática de filhos.

6. CONDIÇÕES PARA A ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

- 6.1.** SOMENTE PODERÃO SER ACEITAS NO SEGURO AS PESSOAS QUE NA DATA DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:
 - 6.1.1.** ESTEJAM EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E EM PLENAS CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADE E EM PLENA ATIVIDADE PROFISSIONAL/LABORATIVA OU, NO CASO DE APOSENTADOS, DESDE QUE O SEJAM POR TEMPO DE SERVIÇO OU POR IDADE, DESDE QUE SE ENCONTREM EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE SAÚDE.
 - 6.1.2.** NÃO ESTEJAM AFASTADOS DO TRABALHO, INDEPENDENTEMENTE DO MOTIVO.
 - 6.1.3.** TENHAM IDADE E CAPITAIS SEGURADOS DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA APÓLICE.
- 6.2.** PARA EFEITO DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE COMPONENTES NO SEGURO, DEVERÁ SER OBSERVADO O LIMITE 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE PARA ADESÃO, SALVO SE A SEGURADORA EXPRESSAMENTE ACEITAR A ADESÃO DE PESSOA COM IDADE SUPERIOR.
- 6.3.** PARA MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO EXCLUSIVAMENTE O PAGAMENTO DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

- 7.1.** ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
 - 7.1.1.** DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS (AINDA QUE EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES), INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES.
 - 7.1.2.** DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO,

- MOTIM, REBELIÃO, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, MANIFESTAÇÃO NÃO PACÍFICA OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES, GREVES, TUMULTOS, MOTINS, “LOCK-OUT”, MANIFESTAÇÕES NÃO PACÍFICAS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO A OUTREM.
- 7.1.3.** DE DOENÇAS, ACIDENTES OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADEÇÃO E QUE ERAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO, INCLUSIVE AS CONGÊNITAS.
- 7.1.4.** DA MORTE DO SEGURADO PROVOCADA POR EPIDEMIA, ENDEMIAS OU PANDEMIAS DECLARADAS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.
- 7.1.5.** DE SUICÍDIO, OU SUA TENTATIVA, NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS DE SEGURO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO.
- 7.1.6.** DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO NOS CASOS DE UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.
- 7.1.7.** TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, TSUNAMIS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.
- 7.1.8.** DIRETA OU INDIRETAMENTE DE ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM TODA DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DO SEU PROPÓSITO, DESDE QUE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE COMPETENTE.
- 7.1.9.** DA PRÁTICA DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO.
- 7.1.9.1.** NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, A EXCLUSÃO DO ITEM ACIMA APLICA-SE AOS SÓCIOS CONTROLADORES, AOS SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, AOS BENEFICIÁRIOS E AOS SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS.
- 7.1.9.2.** EXCLUEM-SE DA COBERTURA DESTE SEGURO OS ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.
- 7.1.10.** DE ACIDENTES OCORRIDOS DURANTE A PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM APOSTAS OU RACHAS, EXCETO NA PRÁTICA DE ESPORTES E NOS CASOS EM QUE O MESMO TENHA COMUNICADO TAL PRÁTICA À SEGURADORA E ESTA TENHA EXPRESSAMENTE ACEITADO O RISCO.

- 7.1.11. EVENTOS CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI OU QUE NÃO TERIAM CAUSADO DANO CASO FOSSEM UTILIZADOS OS EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**
- 7.1.12. DE ACIDENTES OCORRIDOS NOS QUAIS O SEGURADO, NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO OU EQUIPAMENTO QUE REQUEIRA APTIDÃO, NÃO POSSUA HABILITAÇÃO LEGAL PARA TANTO.**
- 7.1.13. EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADOS OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA A PESSOA EM PERIGO.**
- 7.1.14. DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTOS HÁBEIS, ACOMPANHADOS DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA POR AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.**

7.2. ESTE SEGURO TAMBÉM NÃO GARANTE:

- 7.2.1. DANOS MORAIS E/OU ESTÉTICOS.**
 - 7.2.2. QUAISQUER TIPOS DE PERDA E DANOS, LUCROS CESSANTES, INTERRUPTÃO DE RENDA E PENSIONAMENTO.**
 - 7.2.3. QUALQUER TIPO DE EVENTO CUJA COBERTURA NÃO TENHA SIDO CONTRATADA.**
- 7.3. TENDO EM VISTA QUE ESTE CONTRATO GARANTE O PAGAMENTO DE UM CAPITAL PRÉ-DETERMINADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE SINISTROS COBERTOS, DE ACORDO COM AS COBERTURAS CONTRATADAS, NENHUMA INDENIZAÇÃO SERÁ DEVIDA SEJA A QUE TÍTULO FOR DIFERENTE DAS PREVISTAS, AINDA QUE DECORRENTES DE EVENTOS COBERTOS.**
- 7.4. A COBERTURA SECURITÁRIA PREVISTA NA PRESENTE APÓLICE NÃO TERÁ EFEITO NA MEDIDA EM QUE SANÇÕES COMERCIAIS OU ECONÔMICAS SUPERVENIENTES, BEM COMO OUTRAS LEIS OU REGULAMENTAÇÕES EM VIGOR APÓS A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PROÍBAM A SEGURADORA DE CONCEDÊ-LA, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES. TODOS OS OUTROS TERMOS E CONDIÇÕES DA APÓLICE PERMANECEM INALTERADOS.**

8. PERDA DE DIREITOS

A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO SE O ESTIPULANTE, SEGURADO, 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, ALÉM DE ESTAR O SEGURADO, NOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, OU O ESTIPULANTE, NOS SEGUROS NÃO CONTRIBUTÁRIOS, OBRIGADOS AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.

8.1. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:

8.1.1. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

8.1.1.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.

8.1.1.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

8.1.2. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

8.1.2.1. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO.

8.1.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

8.1.3. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

8.1.4. O SEGURADO ESTÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE 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, EM OBSERVÂNCIA AOS ARTIGOS 768 E 769 DO CÓDIGO CIVIL.

8.1.5. A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, PODERÁ DAR-LHE CIÊNCIA, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O SEGURO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

8.1.6. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER APÓS O EFETIVO CANCELAMENTO.

8.2. A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DO PAGAMENTO DE QUALQUER INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA CASO SEJA CONSTATADA A OMISSÃO VOLUNTÁRIA, POR PARTE DO SEGURADO, DE PERGUNTAS CONTIDAS NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO E A SEGURADORA COMPROVAR O CONHECIMENTO PRÉVIO DO PROPONENTE.

8.2.1. A SEGURADORA TAMBÉM NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO, COM BASE NO PRESENTE SEGURO, CASO HAJA, POR PARTE DO SEGURADO, DO ESTIPULANTE, OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU REPRESENTANTE OU CORRETOR DE SEGUROS:

8.2.1.1. INOBSERVÂNCIA DA LEI OU DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE SEGURO.

8.2.1.2. PRÁTICA, COM DE DOLO, DE FRAUDE OU SUA TENTATIVA, DE SIMULAÇÃO PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO, OU, AINDA, SE O SEGURADO OU BENEFICIÁRIO TENTAR TENTATIVA DE OBTENÇÃO DE OBTER VANTAGEM INDEVIDA COM O SINISTRO, COMO, MAS NÃO APENAS, A PARTIR DE UTILIZAÇÃO DE DECLARAÇÕES FALSAS, SIMULAÇÃO DE ACIDENTE OU AGRAVAMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OBTER OU AUMENTAR A INDENIZAÇÃO, FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE, INCLUSIVE EM LAUDOS MÉDICOS QUE JUSTIFIQUEM FALSAS MOLÉSTIAS OU FALSAS DATAS DE INÍCIO DE MOLÉSTIAS, TENTATIVA DE IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA DA SEGURADORA NA ELUCIDAÇÃO DO EVENTO COBERTO.

8.2.1.2.1. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, A EXCLUSÃO DO ITEM ACIMA APLICA-SE AOS SÓCIOS CONTROLADORES, AOS SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, AOS BENEFICIÁRIOS E AOS SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS.

8.2.1.3. DEIXAR DE COMUNICAR À SEGURADORA TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO EM CONFORMIDADE COM O SUBITEM 8.1.4 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS E COM O ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ FÉ.

8.2.1.4. A SEGURADORA TAMBÉM NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO, COM BASE NO PRESENTE SEGURO, CASO O SEGURADO AGRAVE INTENCIONALMENTE O RISCO.

9. GRUPO SEGURÁVEL

9.1. Entre os membros do grupo segurável, adotam-se as seguintes nomenclaturas:

9.1.1. Segurados Titulares: aquelas pessoas que mantêm vínculo empregatício devidamente e legalmente comprovado com o Estipulante.

9.1.2. Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras (os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

9.2. É facultada à SEGURADORA a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

10. GRUPO SEGURADO

É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Cláusulas 26 (Inclusão de Segurados) e 19 (Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

11. CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS

A contratação ou alteração deste seguro poderá ser feita por meios remotos, devendo para tanto ser garantidos:

- 11.1.** A confirmação do recebimento de documentos e mensagens enviadas pela Seguradora ao Segurado.
- 11.2.** O fornecimento de protocolo ao segurado ou ao corretor, das solicitações e procedimentos relativos a este seguro, podendo ser dispensado o protocolo mediante o acesso ou consulta a documentos e informações disponibilizados pela Seguradora.
- 11.3.** A disponibilização de documentos relativos à contratação do seguro, preferencialmente pelo mesmo meio remoto usado na contratação, com instruções detalhadas para acesso seguro aos documentos contratuais dos produtos contratados, garantindo-se a possibilidade de impressão ou download, devendo conter a informação da data e da hora da sua emissão.
- 11.4.** As solicitações do Segurado relativas a procedimentos necessários ao encerramento da relação contratual pelo mesmo meio utilizado na contratação, sem prejuízo da disponibilização de outros meios.
- 11.5.** Na impossibilidade de uso do mesmo meio utilizado na contratação, por sua falta ou descontinuidade, será disponibilizado meio remoto equivalente ao da contratação, considerando aspectos de custo, tempo e facilidade para o Segurado.

12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

- 12.1.** O seguro poderá ser resilido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado observando o disposto na Cláusula g sobre a eficácia do cancelamento.
- 12.2. SEM PREJUÍZO DE OUTRAS PENALIDADES CABÍVEIS, O SEGURO ESTARÁ EXTINTO INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO OU INTERPELAÇÃO JUDICIAL, E SEM QUE CAIBA INDENIZAÇÃO A QUALQUER PARTE, PRESERVADOS OS DIREITOS DO SEGURADO, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**
 - 12.2.1. POR FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA DO PRÊMIO, APÓS O PRAZO DISPOSTO NO ITEM 23.10 DA CLÁUSULA 23 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, RESSALVADO O DISPOSTO NO ITEM 20.3.7.**
 - 12.2.2. AUTOMATICAMENTE, COM A MORTE DO SEGURADO OU COM O PAGAMENTO DA COBERTURA MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.**

- 12.2.3. MEDIANTE SOLICITAÇÃO POR ESCRITO PELO ESTIPULANTE/SEGURADO À SEGURADORA.**
- 12.2.4. PELO DESCUMPRIMENTO DE QUALQUER DISPOSITIVO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS OU DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**
- 12.2.5. SE HOVER DOLO, CULPA GRAVE, PRÁTICA DE FRAUDE, CONSUMADA OU TENTADA, POR PARTE DO ESTIPULANTE, SEGURADO OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), NO ATO DA CONTRATAÇÃO OU DURANTE TODA A VIGÊNCIA DO CONTRATO.**
- 12.2.6. QUANDO O SEGURADO DEIXAR DE CONTRIBUIR COM A SUA PARTE DO PRÊMIO, NO CASO DE SEGURO CONTRIBUTÁRIO, OBSERVADO O ITEM 23.10 DA CLÁUSULA 23 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**
- 12.2.7. COM A CESSAÇÃO DO VÍNCULO CONCRETO DO SEGURADO TITULAR COM O ESTIPULANTE.**
- 12.3. O PAGAMENTO DE PRÊMIOS PELO ESTIPULANTE OU SEGURADO, DE QUALQUER VALOR, À SEGURADORA APÓS A DATA DE EXTINÇÃO DO SEGURO NÃO IMPLICA A REABILITAÇÃO DO SEGURO NEM GERA QUALQUER EFEITO, DEVENDO SER DEVOLVIDO DEVIDAMENTE CORRIGIDO.**
- 12.4. NO CASO DE RESILIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUALQUER DAS PARTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.**
- 12.5. Durante a vigência do Seguro, a apólice não poderá ser cancelada pela SEGURADORA sob alegação de alteração da natureza dos riscos.**
- 12.6. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 13.1.** A vigência da apólice poderá ser anual ou plurianual, sendo este período definido na Proposta de Contratação.
- 13.2.** O início de vigência da apólice é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na apólice de seguro emitida pela SEGURADORA e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado na apólice como data final do contrato, inclusive no certificado e endossos correspondentes.
- 13.3.** A SEGURADORA providenciará a emissão da apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis a partir da data da aceitação da proposta.
- 13.4.** Caso a Seguradora venha a emitir a apólice de seguro após o prazo de 15 (quinze) dias, deverá solicitar formalmente e com antecedência ao Proponente se este tem o interesse e se autoriza a emitir o seguro e respectivo pagamento do prêmio do seguro, caso não tenha ainda efetuado o pagamento.

- 13.5.** A Proposta de Contratação Coletiva recebida sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da apólice.
- 13.6.** A Proposta de Contratação Coletiva recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, desde que aceita, terá seu início de vigência na data em que a SEGURADORA receber a proposta assinada pelo Proponente/Estipulante.
- 13.7. Na renovação da apólice deverá ser observado o seguinte:**
- 13.7.1. CASO HAJA, NA RENOVAÇÃO DA APÓLICE, ALTERAÇÃO QUE IMPLIQUE EM ÔNUS, DEVERES OU REDUÇÃO DE DIREITOS AOS SEGURADOS, A CONCRETIZAÇÃO DA RENOVAÇÃO DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE PELO MENOS 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO) DO GRUPO SEGURADO.**
- 13.7.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.**
- 13.7.3.** A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 12** (Extinção do Contrato de Seguro) destas Condições Gerais.
- 13.7.3.1.** A renovação automática a que se refere o subitem **13.7.3** desta Cláusula não se aplicará quando a SEGURADORA ou o Estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias do final de vigência da apólice.
- 13.7.4. FEITA UMA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA, AS RENOVAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO TER ANUÊNCIA EXPRESSA DO ESTIPULANTE/SEGURADO E, CASO SE ENQUADRE NA SITUAÇÃO DO SUBITEM 13.7.1 DESTA CLÁUSULA, A ANUÊNCIA EXPRESSA DEVERÁ SER DO GRUPO SEGURADO.**
- 13.7.5.** Caso a SEGURADORA não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 13.7.6.** A SEGURADORA fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recebida com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 13.7.7.** Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na **Cláusula 18** (Aceitação da Proposta de Contratação e Manutenção do Seguro) destas Condições Gerais.
- 13.7.8. 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, ou estabelecer as novas condições de renovação do seguro.**

14. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

14.1. O início de vigência do risco individual, conforme Cláusula 19 (Aceitação Individual de Segurados) e subitens, será o estabelecido abaixo:

14.1.1. Os certificados ou endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas.

14.1.2. A Proposta de Adesão recebida sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da apólice.

14.1.3. A Proposta de Adesão recebida com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a SEGURADORA receber a proposta assinada pelo Proponente.

14.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a SEGURADORA providenciará a emissão e o envio do certificado do seguro, com os nomes dos Segurados e dependentes, se for o caso, data de início e final de vigência do seguro, capital segurado e prêmio de cada cobertura, além do prêmio total.

14.3. 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.

15. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

15.1. O âmbito geográfico das coberturas será todo o Globo Terrestre, salvo disposição em contrário, discriminada nas Condições Especiais, Particulares ou na especificação da respectiva apólice.

15.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução juramentada referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da SEGURADORA, devendo o reembolso ser realizado com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido na apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação civil vigente.

16. CARÊNCIAS

16.1. A SEGURADORA pode adotar carências, que deverão ser indicadas por cada cobertura na apólice e nas Condições Contratuais.

16.1.1. Adotada a carência, ao Estipulante e/ou Segurado fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela SEGURADORA por impossibilidade de manutenção do grupo segurado nos termos do disposto na Cláusula 12 (Extinção do Contrato de Seguro) destas Condições Gerais.

16.1.2. Não poderá ser estabelecida carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

17. FRANQUIAS

A SEGURADORA pode adotar franquias, que deverão ser indicadas por cada cobertura na apólice e nas Condições Contratuais.

18. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

18.1. A contratação ou alteração do seguro será mediante apresentação da proposta de contratação preenchida e assinada pelo representante legal do estipulante e/ou subestipulante (se houver), ou pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a proposta de adesão ser protocolada na Seguradora, sendo possível o protocolo virtual na plataforma digital do website da Seguradora.

18.2. A ACEITAÇÃO DO PRESENTE PLANO DE SEGURO ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

18.3. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a da formulação e assinatura da proposta de adesão, com preenchimento completo e declaração pessoal de saúde e atividade, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

18.4. PARA EFEITO DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE COMPONENTES NO SEGURO, DEVERÁ SER OBSERVADO O LIMITE 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE PARA ADESÃO, SALVO SE A SEGURADORA EXPRESSAMENTE ACEITAR A ADESÃO DE PESSOA COM IDADE SUPERIOR.

18.5. Recebida a proposta de contratação pela Seguradora, com todas as informações exigidas para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias para que a Seguradora realize a avaliação do risco e decida sobre sua aceitação ou recusa.

18.6. O prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, sendo reiniciado após sua entrega.

18.7. O seguro será automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste dentro do prazo de 15 (quinze) dias estabelecido no item 18.5, de forma expressa ao proponente, informando a recusa da proposta de adesão com a devida justificativa.

18.8. 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, com as devidas atualizações monetárias, calculadas segundo a Cláusula 27 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.

18.9. No caso de adoção da contratação eletrônica deverá haver o posterior envio da proposta.

18.10. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e/ou corretor de seguros, após a aceitação do risco pela Seguradora, será emitida a apólice com as respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, sendo que:

- 18.10.1.** A inclusão dos proponentes será feita por meio de mídia magnética em layout e formato, fornecidos pela SEGURADORA ao Estipulante, contendo no mínimo nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do capital segurado e prêmio.
- 18.10.2.** As informações solicitadas no item “18.10.1.” desta Cláusula deverão ser acompanhadas das respectivas Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas por cada proponente.
- 18.10.3. Cada Proposta de Adesão individualizada** deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
- 18.10.4.** A SEGURADORA fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará as propostas por ela recepcionadas, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá à análise de aceitação ou recusa de acordo com a **Cláusula 19** (Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.
- 18.11.** APÓS A IMPLANTAÇÃO DO SEGURO O ESTIPULANTE DEVERÁ ENCAMINHAR MENSALMENTE AS MOVIMENTAÇÕES (INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE SEGURADOS) À SEGURADORA POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA, COM OS RESPECTIVOS DADOS ANTES MENCIONADOS, INCLUSIVE AS ALTERAÇÕES DE CAPITALS PARA ANÁLISE DE ACEITAÇÃO.
- 18.12.** No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a SEGURADORA deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao Estipulante informando o(s) motivo(s) da recusa, e:
- 18.12.1.** Caso tenha havido adiantamento de pagamento antecipado do prêmio, deverá restituí-lo ao proponente, por meio do Estipulante, ou ao próprio Estipulante, quando este for responsável pelo custeio do seguro, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa.
- 18.12.2.** O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.
- 18.13.** A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:
- 18.13.1. A data da manifestação expressa pela sociedade Seguradora.**
- 18.13.2. A data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual.**
- 18.13.3. A data de término do prazo previsto no item 18.5, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 18.14.** O PAGAMENTO ANTECIPADO DO PRÊMIO TOTAL OU PARCIALMENTE NÃO CARACTERIZA A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO PROTOCOLADA.
- 18.15.** A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da apólice de seguro pela Seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na apólice vigente se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta de contratação.

- 18.16. A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual do seguro pela Seguradora, no início do contrato e em cada renovação do seguro.**
- 18.17. QUALQUER ALTERAÇÃO NO CONTRATO DE SEGURO SOMENTE PODERÁ SER FEITA MEDIANTE ADITIVO/PROPOSTA ASSINADA PELO ESTIPULANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, RESSALVADAS AS ALTERAÇÕES DE CAPITAL OU BENEFICIÁRIOS, QUE SOMENTE PODERÃO SER EFETUADAS MEDIANTE AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO DO SEGURADO.**
- 18.17.1. QUALQUER ALTERAÇÃO QUE IMPLIQUE ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO) DO GRUPO SEGURADO.**
- 18.18. NENHUMA ALTERAÇÃO NESSES DOCUMENTOS SERÁ VÁLIDA SE NÃO FOR FEITA POR ESCRITO COM A CONCORDÂNCIA DAS PARTES CONTRATANTES.**
- 18.19. PARA TODOS OS EFEITOS DE DIREITO, EXISTE A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA SOMENTE TENHA CONHECIMENTO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DECLARADAS PELO PROPONENTE/ESTIPULANTE NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E ADESÃO.**
- 18.20. QUAISQUER ALTERAÇÕES DE RISCO PREVISTAS E INFORMADAS NA PROPOSTA, NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES E NO CONTRATO INICIAL, OCORRIDAS DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO, DEVERÃO SER COMUNICADAS POR ESCRITO À SEGURADORA, DE FORMA A PERMITIR QUE SEJAM FEITOS OS DEVIDOS AJUSTES NO SEGURO, TAIS COMO MUDANÇA DE PROFISSÃO, MUDANÇA DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO PARA OUTRO PAÍS, PRÁTICA USUAL E PERMANENTE DE ESPORTES TIDOS COMO RADICAIS OU DE PERIGOS EVIDENTES, BEM COMO O USO HABITUAL DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS, TÓXICAS OU ENTORPECENTES.**
- 18.21. NAS HIPÓTESES CABÍVEIS, SERÁ APLICADO REENQUADRAMENTO AO SEGURO, CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 30 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO.**
- 18.22. A SEGURADORA deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade SEGURADORA, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 18.23. 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.**
- 18.23.1. Caso a Seguradora venha a emitir o certificado individual após o prazo de 15 (quinze) dias, deverá solicitar formalmente e com antecedência ao Proponente se este tem o interesse e se autoriza a emitir o seguro e respectivo pagamento do prêmio do seguro, caso não tenha ainda efetuado o pagamento.**
- 18.24. Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a vigência do seguro, deverão ser comunicadas por escrito à SEGURADORA, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para**

outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.

18.24.1. Havendo o agravamento do risco por parte do Segurado, independentemente da sua vontade, ocorrerá perda de direito a qualquer indenização prevista na apólice, mesmo que decorrente de risco previsto, coberto e indenizável.

18.25. Os aposentados, desde que não tenham sido aposentados por invalidez, poderão ser incluídos no seguro pagando, eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios, desde que obedeçam aos critérios de aceitação estabelecidos aos ativos.

18.26. Os Segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice, e desde que não tenham sido beneficiados pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, podem ser mantidos no seguro, com o devido pagamento do prêmio, sem redução de seu capital segurado se assim desejarem, salvo manifestação em contrário.

18.27. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

18.28. Para os Segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos prêmios normalmente à SEGURADORA.

18.28.1. É vedada ao Segurado afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento. Fica garantida, entretanto, a sua participação em qualquer alteração decorrente de correção monetária ou reajustes de salários que venham ser aplicados à totalidade do grupo segurado.

19. ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

19.1. SOMENTE PODERÃO SER INCLUÍDAS NO SEGURO PESSOAS PERTENCENTES AO GRUPO SEGURÁVEL QUE, NA DATA ESTABELECIDA PARA INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL, ESTEJAM DENTRO DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NA CLÁUSULA 6 – CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.

19.2. A inclusão do proponente individual no seguro far-se-á em conformidade com o disposto na Cláusula 18 – ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO –, e mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro, declaração de saúde, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

19.2.1. OS PROPONENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DEVERÃO RESSALTAR O GRAU DE INVALIDEZ PREEXISTENTE PARA EFEITO DE LIMITAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA.

19.2.2. A Proposta de Adesão será recepcionada pela SEGURADORA sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento, e, com base na declaração prestada, a SEGURADORA fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

19.3. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a SEGURADORA sobre ele não se manifeste formalmente, ao Proponente ou ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

19.4. O prazo de 15 (quinze) dias do item 19.3 desta Cláusula será suspenso se a SEGURADORA solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.

19.4.1. Para efeito de análise dos riscos, além do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde (DPS), a SEGURADORA reserva-se o direito de exigir do Proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos itens 19.4 e 19.5.1 desta Cláusula.

19.5. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

19.5.1. A NEGATIVA DO PROPONENTE EM SUBMETER-SE AO(S) EXAME(S) IMPLICARÁ A RECUSA AUTOMÁTICA DO RISCO PELA SEGURADORA.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. É facultado exclusivamente ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à SEGURADORA, ressalvadas as restrições legais.

20.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

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

20.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

20.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela SEGURADORA antes da ocorrência do sinistro.

20.6. Será válido o pagamento feito pela SEGURADORA se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

20.7. Se a SEGURADORA não for cientificada até o período estabelecido no **item 20.5** desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á do pagamento ao(s) Beneficiário(s) que viria(m) a ser substituído(s), pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário..

20.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

21. CAPITAL SEGURADO

21.1. Para fins deste seguro, o capital segurado estabelecido no Certificado Individual 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.

21.2. O capital segurado para cada cobertura contratada neste seguro estará estabelecido no Certificado Individual e na apólice.

21.3. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova proposta de alteração, ficando a critério da SEGURADORA sua aceitação ou não de acordo com a Cláusula 19 (Aceitação Individual de Segurados) e 14 (Início de Vigência Individual de cada Segurado) destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, alteração do prêmio, quando couber.

21.4. A reintegração do Capital Segurado quando couber, constará nas Condições Especiais de cada cobertura.

22. CUSTEIO DO SEGURO

22.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

22.1.1. Não Contributário: é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro.

22.1.2. Contributário: é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Nesse tipo de seguro serão incluídos na apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro por meio de preenchimento da Proposta de Adesão.

22.2. Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante sempre será o único responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos.

23. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

23.1.1. Nome do Estipulante.

23.1.2. Nome do Segurado Individual, para os seguros contributários.

23.1.3. Valor do prêmio.

- 23.1.4.** Data de emissão.
 - 23.1.5.** Número da apólice;
 - 23.1.6.** Data limite para o pagamento.
- 23.2.** A SEGURADORA encaminhará o documento a que se refere o item 23.1 desta Cláusula diretamente ao Estipulante ou a seu representante legal, 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.
- 23.3.** O Estipulante poderá optar pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.
- 23.3.1.** Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.
 - 23.3.2.** Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.
 - 23.3.3.** Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do prêmio anual e, no caso do período de cobertura conduzir a fração de mês, será sempre cobrado 1/12 (um doze avos) para cada fração de mês e o período de cobertura será adequado ao prêmio pago.
- 23.4.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a SEGURADORA obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 23.5.** O pagamento do prêmio será feito à SEGURADORA por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Estipulante e a SEGURADORA na Proposta de Contratação.
- 23.5.1.** Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 23.1 da Cláusula 23 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 23.6.** Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 23.7.** A SEGURADORA providenciará aviso alertando a inadimplência no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.
- 23.8.** A SEGURADORA poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento nos prazos contratuais das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela SEGURADORA e apresentados por meio da rede bancária.

- 23.8.1.** A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela SEGURADORA mediante notificação por escrito ao Estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.
- 23.8.2.** Se o Estipulante deixar de recolher à SEGURADORA os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das coberturas dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.
- 23.8.3.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela SEGURADORA.
- 23.8.4.** Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 23.8.5.** Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 23.8.6.** Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à SEGURADORA mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.
- 23.9.** O(S) PRÊMIO(S) DO SEGURO PAGOS EM ATRASO TERÁ(ÃO) SEU(S) VALOR(ES) ATUALIZADO(S) MONETARIAMENTE A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO ORIGINAL DA PARCELA ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO PELO ÍNDICE INDICADO NO ITEM 27.1 DA CLÁUSULA 27 (ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA) DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.
- 23.9.1.** SEM PREJUÍZO DO ITEM 23.9 DESTA CLÁUSULA, INCIDIRÁ(ÃO) AINDA SOBRE O(S) PRÊMIO(S) DE SEGURO REFERENTE(S) AO PERÍODO EM ATRASO JUROS MORATÓRIOS DE 12% (DOZE POR CENTO) AO ANO, CALCULADOS PRÓ-RATA-DIE.
- 23.10.** A FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO POR UM PERÍODO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, IMPLICARÁ O CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO SEGURO.
- 23.10.1.** DURANTE OS 60 (SESSENTA) DIAS MENCIONADOS NO ITEM 23.10 DESTA CLÁUSULA, AS COBERTURAS PREVISTAS NA APÓLICE NÃO FICARÃO PREJUDICADAS, PODENDO HAVER A COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO OU, QUANDO FOR O CASO, SEU ABATIMENTO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO;
- 23.11.** ESTE SEGURO ESTÁ ESTRUTURADO SOB REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, QUE NÃO CONTEMPLA O RESGATE OU A DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS PELO SEGURADO OU ESTIPULANTE.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. O Estipulante tem como obrigações durante a vigência da apólice:

- 24.1.1.** Fornecer para a SEGURADORA todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais.
- 24.1.2.** Manter a SEGURADORA informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente.
- 24.1.3.** Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro.
- 24.1.4.** Discriminar o valor do prêmio do seguro no boleto, quando este for de responsabilidade do Segurado, no caso de seguros contributários.
- 24.1.5.** Repassar os prêmios para a SEGURADORA nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 24.1.6.** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração.
- 24.1.7.** Discriminar o nome da SEGURADORA, Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado.
- 24.1.8.** Comunicar de imediato à SEGURADORA, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 24.1.9.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
- 24.1.10.** Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado.
- 24.1.11.** Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado.
- 24.1.12.** Informar o nome da SEGURADORA, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante.
- 24.1.13.** Dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral.
- 24.1.14.** Comunicar formalmente a Seguradora em caso de extinção antecipada da obrigação, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.
- 24.1.15.** Pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários.
- 24.1.16.** Não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na apólice, sob pena de arcar com a responsabilidade deste ato.
- 24.1.17.** Após a implantação do seguro, encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora por meio de correspondência, com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.

25. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

- 25.1.** O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do grupo segurável.
- 25.2.** O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da apólice será fixado em cada caso por meio da Proposta de Contratação Coletiva e das Condições Contratuais.

26. INCLUSÃO DE SEGURADOS

Serão incluídos no seguro somente os Segurados titulares e seus dependentes, conforme autorização na Proposta de Adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas na apólice e nestas Condições Gerais.

27. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 27.1.** Para efeito de atualização monetária das obrigações decorrentes deste contrato será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE .
- 27.1.1.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/ FVG (Fundação Getúlio Vargas) ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.
- 27.1.2.** Independentemente da periodicidade de pagamento do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado desde a data da última atualização até a data da ocorrência do sinistro.
- 27.2.** O capital segurado e, por consequência, o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da apólice para todos os Segurados do grupo segurado, com base na variação dos salários ou, ainda, com base na variação acumulada do índice indicado no subitem 27.1 da Cláusula 27 destas Condições Gerais, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na apólice.
- 27.3.** Quando a opção de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 27.4.** Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice do item 27.1, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

28. TAXA DO PRÊMIO

- 28.1.** Adotar-se-á a taxa média ou taxa única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados e será o quociente entre a soma

total do prêmio tarifário individual por cobertura e a soma total do capital de cada cobertura contratada.

28.1.1. A taxa média final será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

28.1.2. A taxa média será calculada no início de vigência da apólice, e recalculada anualmente no seu aniversário com base no grupo segurado, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada se esta for superior ou inferior à vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

29. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

29.1. O prêmio mensal individual será o produto da taxa média, calculado quando da contratação do seguro, pelo capital individual de cada cobertura contratada, sendo o prêmio total mensal a somatória dos prêmios individuais.

29.2. A SEGURADORA poderá anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculas as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

29.3. Caso a alteração de taxa prevista no item anterior implique ônus, dever aos Segurados ou a redução de seus direitos deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Gerais e Especiais.

29.4. O aumento na taxa média final deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

30. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

30.1. Este seguro prevê, além do aumento no prêmio em razão da atualização monetária do capital segurado, o reenquadramento do prêmio por mudança de idade ou faixa etária a partir da data do aniversário do Segurado, de acordo com as condições no ato da contratação.

30.2. Além do reenquadramento do prêmio por idade ou faixa etária, pode haver, na ocasião da renovação da apólice, reenquadramento por sinistralidade.

31. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

31.1. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente seguro, contados a partir do recebimento pela SEGURADORA de toda documentação básica constante da Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sob pena de incidência de juros.

31.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a SEGURADORA poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 32 (Regulação do

Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 31.1 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr na data seguinte àquela do recebimento pela SEGURADORA destes documentos e informações ou esclarecimentos.

31.2.1. Não respeitado o prazo previsto no item 31.1 desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos itens 31.3 e 31.4 desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no item 31.1.

31.3. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado proporcionalmente em relação ao número total de dias (pro rata die) a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.

31.4. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 27.1 da Cláusula 27 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

31.5. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.

31.6. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela SEGURADORA.

32. REGULAÇÃO DO SINISTRO

32.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, telegrama ou carta registrada dirigida à SEGURADORA, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

32.2. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO EVENTO COBERTO E OS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DO SINISTRO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, SALVO AQUELAS EFETUADAS DIRETAMENTE PELA SEGURADORA.

32.3. NO CASO DE COBERTURAS QUE EXIJAM A APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, NÃO SERÁ ACEITO DOCUMENTO EMITIDO POR MÉDICO QUE SEJA O PRÓPRIO SEGURADO, SEU CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A), DEPENDENTES, PARENTES CONSANGUÍNEOS OU AFINS, MESMO QUE HABILITADOS A EXERCER A PRÁTICA DA MEDICINA, NÃO CABENDO NESTES CASOS, NENHUMA INDENIZAÇÃO POR PARTE DA SEGURADORA.

32.4. Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à SEGURADORA, são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que, em caso de cópias, deverão ser autenticadas:

32.4.1. Para qualquer sinistro

32.4.1.1. Formulário

32.4.1.1.1. Aviso de sinistro, devidamente preenchido em todos os seus campos, formulário fornecido pela SEGURADORA.

32.4.1.2. Documentos do Segurado

32.4.1.2.1. Cópia autenticada Documento de Identificação válido em território nacional, do CPF e do comprovante de residência do Segurado ou, no caso de menores de 18 anos, da Certidão de Nascimento.

32.4.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

32.4.1.3.1. Cópia Documento de Identificação válido em território nacional, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos.

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

32.4.1.3.3. Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

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

32.5. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de a pessoa ser um médico habilitado.

33. JUNTA MÉDICA

33.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, será proposta pela SEGURADORA, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

33.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela SEGURADORA.

34. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

34.1. O Segurado que não informar à SEGURADORA quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma Seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras a esse respeito, perderá o direito à indenização

associada às contratações realizadas junto à ALBA referentes às presentes condições gerais ou especiais.

34.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

34.2.1. Será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio.

34.2.2. Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:

34.2.2.1. Se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

34.2.2.2. Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o subitem 34.2.1 deste item 34.2.

34.2.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com subitem 34.2.2.

34.2.4. Se a quantia a que se refere o subitem 34.2.3 deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver.

34.2.5. Se a quantia estabelecida no subitem 34.2.3 for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele subitem.

35. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições Gerais e Especiais da apólice e as normas do seguro.

36. SUB-ROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

37. COMUNICAÇÕES

- 37.1.** As comunicações do Segurado ou do Estipulante serão válidas quando realizadas por meio idôneo.
- 37.2.** As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço informado pelo Segurado ou pelo Estipulante.

38. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 38.1.** O presente contrato guarda conformidade com a legislação vigente sobre a proteção de dados pessoais, e com a determinação do órgão regulador e fiscalizador, em especial à Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
- 38.2.** O Segurado reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais de saúde serão usados e analisados pela Seguradora para aceitação ou não do risco, e sendo formalizado o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados para o fim único da execução do Contrato de Seguro, podendo ser as referidas informações compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do Contrato de Seguro (por ex. assistência, regulação de sinistro, corretora, estipulante, etc.). Os dados dos Segurados serão guardados com zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto na legislação pertinente.
- 38.3.** O Segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter acesso em relação aos seus dados tratados pela Seguradora a qualquer momento e mediante pedido expresso.
- 38.4.** Está o Segurado ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a Seguradora, por meio do endereço de e-mail atendimento@alba.com.br.
- 38.5.** Esta Seguradora garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do Segurado além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a LGPD mencionada.

39. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos em lei, opera-se a prescrição.

40. FORO

Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura, caso contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou por acidente, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado.

4. REGULAÇÃO DO SINISTRO

- 4.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos da mesma, bem como:
- 4.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, que deverão ser autenticados:
 - 4.2.1. Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela SEGURADORA.
 - 4.2.2. Documento de Identificação do Segurado, CPF e comprovante de residência.
 - 4.2.3. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 4.2.4. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso.
 - 4.2.5. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver.
 - 4.2.6. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social.
 - 4.2.7. Radiografias do Segurado (quando houver).
 - 4.2.8. Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 4.2.9. Relatório Médico indicando *causa mortis* com firma reconhecida.
- 4.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, que deverão ser autenticados:
 - 4.3.1. Cópia da Carteira de habilitação - CNH, somente para os casos nos quais o Segurado era o condutor do veículo envolvido no sinistro.

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO

Esta cobertura, caso contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, no caso da morte do Segurado, em relação a despesas com a prestação de serviços de funeral no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

- 1.1. O risco coberto por esta garantia é a prestação de serviços de funeral no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais
- 1.2. Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado; não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NO ITEM RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTATE DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento constante na certidão de óbito do Segurado.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. O âmbito territorial para os serviços de auxílio funeral é o território nacional.
- 4.2. O Âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

5. CARÊNCIA

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

6. INDENIZAÇÃO

- 6.1.** A indenização será complementar ou em forma de adiantamento, conforme constante em cada Contrato, observando:
- 6.1.1. Adiantamento** - haverá o adiantamento de parte da indenização relativa à cobertura básica de Morte. Neste caso, por ocasião do pagamento da indenização da cobertura básica de Morte, a SEGURADORA deduzirá o valor já pago.
 - 6.1.2. Complementar** - a indenização paga por esta garantia será complementar ao da cobertura básica de Morte. Neste caso, por ocasião do pagamento da indenização da cobertura básica de Morte, a SEGURADORA não deduzirá qualquer valor pago por esta garantia.
- 6.2.** O pagamento da indenização desta cobertura não implica, por parte da SEGURADORA, o reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

7. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como quaisquer comprovantes de despesas havidas com o funeral, respeitando-se as coberturas asseguradas neste seguro.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cláusula, caso contratada, tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento, em caso de morte do Segurado Principal, de valores referentes, conforme o capital segurado previsto na apólice, a despesas com alimentação do Beneficiário, o que pode ser feito, a critério da SEGURADORA ou do Beneficiário, nos termos da Cláusula 6.1. destas Condições Especiais, a partir do fornecimento de um vale-alimentação ou a partir do pagamento direto ao beneficiário ou a seu representante legal.
- 1.2. Os riscos cobertos por esta garantia são as despesas com alimentação do Beneficiário em caso de morte do Segurado Principal, por causas naturais ou acidentais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NO ITEM RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTE DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. CARÊNCIA

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

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O Beneficiário que fará jus ao recebimento do capital segurado será aquele indicado pelo Segurado Principal, ou, na falta de indicação, aquele definido no Contrato, ou, ainda, não havendo indicação ou definição contratual, serão observados os termos da legislação civil em vigor, sendo que o Segurado poderá indicar ou alterar o Beneficiário a qualquer tempo mediante comunicação expressa à SEGURADORA.
- 5.2. No caso de existir mais de um Beneficiário, terá direito ao recebimento aquele com maior idade.

6. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 6.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao pagamento na forma de numerário ou mercadorias do capital segurado, e desde que o valor total da indenização seja igual ou superior a R\$600,00, a SEGURADORA oferecerá através de empresa terceirizada e especializada, a

prestação dos serviços de fornecimento de Vale-Alimentação por meio de cartão magnético, mediante solicitação à SEGURADORA quando do Aviso de Sinistro.

6.2. Quando utilizada a prestação dos serviços oferecidos pela SEGURADORA, deverá ser observado:

6.2.1. A SEGURADORA somente providenciará a entrega do Vale-Alimentação após apurada a cobertura desta Cláusula, respeitados os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.

6.2.2. O Vale-Alimentação será entregue mediante assinatura de contrarrecibo por parte do Beneficiário indicado.

6.2.3. O valor total do Vale-Alimentação será idêntico ao valor do capital segurado devido e será dividido em 6 parcelas mensais e de igual valor, montante creditado mensalmente ao cartão magnético para uso do Beneficiário nos estabelecimentos credenciados da operadora, conforme orientações transmitidas ao Beneficiário quando da liquidação do sinistro.

6.2.4. O Vale-Alimentação somente será entregue e válido no Brasil.

6.2.5. A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários, poderão eventualmente interferir no prazo de entrega do Vale-Alimentação, o que não gerará direito à indenização por parte do Beneficiário(s).

6.2.6. O prazo de validade do cartão magnético e Vale-Alimentação é de 90 dias após o crédito da 6ª (sexta) parcela.

6.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da SEGURADORA, o reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

7. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como aqueles constantes da Cláusula de Regulação de Sinistro presente nas Condições Especiais da Cobertura por Morte.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, caso contratada, garante o pagamento de indenização ao Estipulante, até o limite do capital segurado, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais, no caso de rescisão trabalhista por parte do Segurado.
- 1.2. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cláusula garantirá ao Estipulante o pagamento de indenização, no valor do capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão Trabalhista, exclusivamente por morte do Segurado Principal.
- 2.2. Para fins desta cobertura, considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho exclusivamente pela morte do Segurado.
- 2.3. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.4. Esta cláusula somente poderá ser contratada nos seguintes casos:
 - 2.4.1. Para seguros não contributários, quando o Estipulante for o responsável pelo pagamento integral do prêmio.
 - 2.4.2. Quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED do mês imediatamente anterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. CARÊNCIA

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

6. REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será sempre e unicamente o Estipulante.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Esta cobertura, caso contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura Morte, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 2.1. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 2.2. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.
- 2.3. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.
- 2.4. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM IMPRUDÊNCIA OU AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice vigente na data do acidente pessoal.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente com o Segurado.

4. REGULAÇÃO DO SINISTRO

- 4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) das Condições Gerais, fornecendo os documentos ali determinados, bem como os abaixo indicados, sendo que, em caso de cópias, deverão ser autenticadas:

- 4.1.1.** Formulário de aviso de sinistro fornecido pela Alba.
 - 4.1.2.** Cópia do Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e Comprovante de residência do Segurado.
 - 4.1.3.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 4.1.4.** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso.
 - 4.1.5.** Radiografias do Segurado (quando houver).
 - 4.1.6.** Relatório Médico indicando causa mortis com firma reconhecida.
 - 4.1.7.** Cópia da Carteira de habilitação para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no sinistro que levou ao acidente pessoal coberto por este seguro.
 - 4.1.8.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
 - 4.1.9.** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho.
 - 4.1.10.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
 - 4.1.11.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
 - 4.1.12.** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.
- 4.2.** Considera-se como data de exigibilidade para a determinação do capital segurado a data do acidente pessoal.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, caso contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no item 2.13 desta Cobertura, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2. INDENIZAÇÕES

- 2.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.
- 2.2. Se depois de pagar uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a SEGURADORA pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por PERMANENTE Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental.
- 2.3. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 2.4. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a SEGURADORA deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ”, constante no subitem 2.13 desta Cláusula.
- 2.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.
- 2.6. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

- 2.7.** Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.8.** Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.9.** Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.
- 2.10.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.11.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 2.12.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à SEGURADORA de Relatório Médico, não se admitindo aqueles documentos emitidos por médico que possua grau de parentesco com o Segurado, o Beneficiário ou o Estipulante.

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

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

Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem	

DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30

NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONACÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	

Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50

RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal ocorrido com o Segurado, comprovado documentalmente.

5. REGULAÇÃO DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) das Condições Gerais, fornecendo os documentos ali determinados, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 5.1.1. Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Alba.
 - 5.1.2. Cópia do Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do Segurado.
 - 5.1.3. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver).
 - 5.1.4. Radiografias do Segurado (quando houver).
 - 5.1.5. Guia de Internação Hospitalar (quando houver).
 - 5.1.6. Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo.
 - 5.1.7. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
 - 5.1.8. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho.
 - 5.1.9. Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
 - 5.1.10. Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
 - 5.1.11. Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.
- 5.2. Considera-se como data de exigibilidade para a determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 6.1. **O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro informado na apólice de seguro.**
- 6.2. **Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, a cobertura referente à invalidez permanente total por acidente será encerrada, .**
- 6.3. **No caso do pagamento da indenização prevista nestas coberturas, os prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.**
- 6.4. **A cobertura básica (cobertura básica de morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por esta cobertura, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

- 7.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.
- 7.3.** Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante no item 2.13 destas condições especiais, serão pagos com base na legislação/regulamentação aplicável ou, na sua ausência, na literatura mundial.

COBERTURA AUTONOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, caso contratada, garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez funcional permanente total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.
- 1.2. Esta cobertura cessará automaticamente quando o Segurado 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. CONCEITOS E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- 2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:
 - 2.2.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”.
 - 2.2.2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.
 - 2.2.3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico.
 - 2.2.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**.
 - 2.2.5. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.
 - 2.2.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.
 - 2.2.7. Deficiência visual, **decorrente de doença**:
 - 2.2.7.1. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

- 2.2.7.2.** Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- 2.2.7.3.** Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
- 2.2.7.4.** Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 2.2.8.** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- 2.2.9.** Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - 2.2.9.1.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.
 - 2.2.9.2.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
 - 2.2.9.3.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.3.** Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL 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 Funcional Permanente Total por Doença.
- 4.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do capital segurado a data indicada na Relatório Médico, constante do Formulário de Aviso de Sinistro, que constate o quadro de invalidez acima conceituado.
- 4.3. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da cobertura de morte.

5. REGULAÇÃO DO SINISTRO

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

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.5. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas

diretamente pela SEGURADORA com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

- 6.6.** As providências que a SEGURADORA tomar visando a esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

8. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 8.1.** O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, as demais obrigações decorrentes desta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 8.2.** A cobertura básica (cobertura básica de morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.
- 8.3.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (cobertura básica de morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, caso contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, ou garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado em caso de invalidez funcional permanente total do Segurado **em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente**, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.
- 1.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do capital segurado em caso de Morte a data do óbito do Segurado, constante de sua certidão de óbito, e, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na Relatório Médico, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de Invalidez Funcional Total por Doença conceituado.
- 1.3. **O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente para o caso de Morte, assim como o presente seguro.**

2. CONCEITOS E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- 2.2. Consideram-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:
 - 2.2.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”.
 - 2.2.2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.
 - 2.2.3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico.
 - 2.2.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença.**

- 2.2.5. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.
- 2.2.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.
- 2.2.7. Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - 2.2.7.1. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 - 2.2.7.2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 - 2.2.7.3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
 - 2.2.7.4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 2.2.8. **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
- 2.2.9. Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - 2.2.9.1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.
 - 2.2.9.2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
 - 2.2.9.3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.2.10. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez desta Condição Especial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DAS EXCLUSÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS, NÃO ESTÃO COBERTOS OS EVENTOS DECORRENTES DE:**
 - 3.1.1. **PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL.**
 - 3.1.2. **QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR DE ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL.**
 - 3.1.3. **DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**

- 3.2. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO OU OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.**
- 3.3. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR DOCUMENTOS MÉDICOS QUE APENAS CARACTERIZEM INCAPACIDADE PARCIAL E/OU DE NATUREZA PROFISSIONAL.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do falecimento do Segurado constante na sua Certidão de Óbito, ou na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**
- 4.2. Considera-se como data da exigibilidade para determinação do capital segurado a data indicada na certidão de óbito do Segurado, ou a data indicada na Relatório Médico, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de invalidez acima conceituado.**

5. REGULAÇÃO DO SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro proceder conforme descrito na **Cláusula 32 (Regulação do Sinistro) das Condições Gerais, fornecendo os documentos ali determinados**, bem como:
 - 5.1.1. Em caso de morte natural o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
 - 5.1.1.1. Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Alba.**
 - 5.1.1.2. Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do Segurado.**
 - 5.1.1.3. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.**
 - 5.1.1.4. Cópia da Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado, se for o caso.**
 - 5.1.1.5. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver.**
 - 5.1.1.6. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social.**
 - 5.1.1.7. Radiografias do Segurado (quando houver).**
 - 5.1.1.8. Guia de internação hospitalar (quando houver).**
 - 5.1.1.9. Relatório Médico indicando causa mortis com firma reconhecida.****
 - 5.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
 - 5.1.2.1. Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Alba.******

- 5.1.2.2.** Documento de Identificação do Segurado, CPF e comprovante de residência.
- 5.1.2.3.** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo.
- 5.1.2.4.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- 5.1.2.5.** Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho.
- 5.1.2.6.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
- 5.1.2.7.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- 5.1.2.8.** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

5.2. Em caso de ocorrência de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, o Segurado e/ou o representante legal deverá providenciar os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 5.2.1.** Relatório Médico onde deverão constar informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial e evolução que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **itens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- 5.2.2.** Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante.
- 5.2.3.** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.
- 5.2.4.** A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 5.2.5.** Fica facultado à SEGURADORA, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à liquidação.
- 5.2.6.** O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a SEGURADORA, julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 5.2.7.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Relatório Médico, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.5. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas

diretamente pela SEGURADORA com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

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

7. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 7.1.** O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 7.2.** Não restando comprovada a invalidez funcional permanente total por doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 8.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.
- 8.3.** Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante no item 2.13 das Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, serão pagos com base na legislação/regulamentação aplicável ou, na sua ausência, na literatura mundial.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da despesa médica, hospitalar ou odontológica decorrente de acidente pessoal coberto.
- 2.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da despesa, conforme notas fiscais emitidas e devidamente pagas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXILIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.

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

3.2. ESTE SEGURO TAMBÉM NÃO GARANTE:

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

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

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

4. LIVRE ESCOLHA

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

5. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

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

6. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

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

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de câncer, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico) do primeiro evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos destas condições especiais e das condições gerais, e a legislação aplicável.
- 1.2. **ESTA COBERTURA SERÁ CANCELADA AUTOMATICAMENTE QUANDO O(A) SEGURADO(A) COMPLETAR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE. CASO TENHAM SIDAS CONTRATADAS OUTRAS COBERTURAS DE SEGUROS, PERMANECENDO EM VIGOR A APÓLICE, REDUZINDO-SE O VALOR DO PRÊMIO CORRESPONDENTE, DE ACORDO COM O ESTABELECIDO PARA ESTA COBERTURA, OBSERVADA A CESSAÇÃO DA COBERTURA PARA IDOSOS A PARTIR DE 70 (SETENTA) ANOS.**

2. CONCEITOS

- 2.1. **Câncer:** Designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada por meio de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência da apólice e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.
- 2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições da Cláusula 3 das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **PARA FINS DE APLICAÇÃO DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL ESTÃO EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS, ALÉM DOS JÁ RELACIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS:**
 - 3.1.1. **DIAGNÓSTICOS CONCEDIDOS PELO PRÓPRIO SEGURADO, SEUS DEPENDENTES, PARENTES, OU PESSOA COM LAÇOS DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA OU QUE RESIDA, COM O MESMO, MESMO QUE ESTES SEJAM MÉDICOS PROFISSIONAIS HABILITADOS.**
 - 3.1.2. **DIAGNÓSTICOS CONCEDIDOS POR PESSOA QUE NÃO SEJA MÉDICO PROFISSIONAL HABILITADO.**
 - 3.1.3. **QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE, EXCETO O MELANOMA MALIGNO.**
- 3.2. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO, E ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM:**
 - 3.2.1. **DOENÇAS PROFISSIONAIS.**
 - 3.2.2. **DOENÇAS OU CONDIÇÕES MÉDICAS PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

3.2.3. ESSAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR MEIO DE TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

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

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

3.3.2. CARCINOMA BASOCELULAR E HIPERQUERATOSES.

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

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

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

3.3.6. LEUCEMIA LINFÁTICA CRÔNICA.

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

4. CARÊNCIA

4.1. A CARÊNCIA SERÁ ESTABELECIDA NA APÓLICE, E O PRAZO DE CARÊNCIA NÃO PODERÁ EXCEDER METADE DO PRAZO DE VIGÊNCIA PREVISTO PELA APÓLICE PARA A COBERTURA CONTRATADA, CONTADOS DA DATA DE INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL, DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, NA PARTE QUE SE REFERE A ESSE AUMENTO OU DA RECONDUÇÃO DO SEGURO, SE SUSPENSO, NÃO HAVENDO COBERTURA PARA INTERNAÇÕES DECORRENTES DE DOENÇAS INICIADAS ANTES OU DURANTE O REFERIDO PERÍODO.

4.2. A REFERIDA CARÊNCIA NÃO É APLICÁVEL PARA INTERNAÇÕES DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

4.3. O LIMITE MÁXIMO QUE UM PLANO DE SEGURO PODERÁ ESTABELECEER COMO PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ DE DOIS ANOS.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização e diagnóstico de Câncer coberto.

5.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado, e devidamente comprovada com exames.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

6.1. POR IDADE

6.1.1. Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado e de eventual reenquadramento por sinistralidade, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente conforme tabela abaixo.

6.1.2. A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato, para a cobertura de Câncer.

7. EXTINÇÃO DO SEGURO

7.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

7.1.1. Com o cancelamento da apólice.

7.1.2. Com o cancelamento desta cobertura especial.

7.1.3. Com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.

7.1.4. Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo segurado.

7.1.5. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio, nos termos definidos nas condições gerais.

7.1.6. Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

7.1.7. Com o pagamento da indenização de Doenças Graves, será reintegrado o capital para cobertura das demais doenças se diagnosticadas posteriormente ao primeiro evento, exceto para possíveis diagnósticos ou doenças decorrentes da doença indenizada., e que não façam parte das doenças cobertas por esta cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

8.1.1. Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).

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

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

8.1.4. Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.

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

8.2. Será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico.

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

- 8.4. A indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- 8.5. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas condições contratuais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.

9. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário deste seguro será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, caso contratada, garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada dia em que o mesmo estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo quinze (15) dias, mediante comprovação, conforme critérios especificados na Cláusula 4. Franquia destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.
- 1.2. **A incapacidade temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**
- 1.3. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 1.4. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 1.5. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos seja superior a 6 (seis) meses.

2. CONCEITOS E RISCOS COBERTOS

- 2.1. **Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal ocorrido durante a vigência individual do seguro, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado.**
- 2.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 2.3. Para os fins desta cláusula, entende-se:
 - 2.3.1. **Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.**
 - 2.3.2. **Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.**

- 2.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenha por origem o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA TODOS OS RISCOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO, E AINDA:

- 3.1. DORSALGIAS, RADICULOPATIAS, CIÁTICA E OUTRAS NEURITES.
- 3.2. ENTESOPATIA.
- 3.3. ENTORSES, DISTENSÕES, CONTUSÕES.
- 3.4. FRATURAS DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE.
- 3.5. FRATURAS PATOLÓGICAS.
- 3.6. LESÕES INTRA-ARTICULARES DE JOELHO.
- 3.7. LESÕES QUE NÃO EXIJAM ATENDIMENTO MÉDICO.
- 3.8. LUXAÇÃO DE OMBRO (ACRÔMIO – CLAVICULAR OU GLENO UMERAL).
- 3.9. SÍNDROMES COMPRESSIVAS NERVOSAS.
- 3.10. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 3.11. GRAVIDEZ, PARTO OU ABORTO E QUAISQUER COMPLICAÇÕES OU CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA GRAVIDEZ, DO PARTO OU DO ABORTO.
- 3.12. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO DE INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 3.13. O CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 3.14. DANOS ESTÉTICOS.
- 3.15. CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 3.16. INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.
- 3.17. ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES.
- 3.18. DOENÇAS MENTAIS OU PSIQUIÁTRICAS.
- 3.19. DOENÇAS OU LESÕES ACIDENTAIS PROVOCADAS POR ALCOOLISMO OU POR USO DE DROGAS QUE CAUSEM DEPENDÊNCIA PSICOTRÓPICA.

- 3.20. INTERNAÇÕES HOSPITALARES, TRATAMENTOS AMBULATORIAIS, EXAMES DIAGNÓSTICOS, TERAPIAS E CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS.**
- 3.21. FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, INUNDAÇÕES, QUEDAS DE CORPOS SIDERAIS, METEORITOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 3.22. LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL**
- 3.23. ATOS OU OMISSÕES DO SEGURADO OU LESÕES ACIDENTAIS PROVOCADAS SOB O EFEITO DE ÁLCOOL OU DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE DETERMINE GRAU DE ALCOOLEMIA SUPERIOR A 0,5 GRAMAS POR LITRO DE SANGUE OU SOB EFEITO DE ESTUPEFACIENTES UTILIZADOS SEM OU CONTRA AS INDICAÇÕES DE PRESCRIÇÃO MÉDICA, DE DROGAS, DE ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS QUE CAUSEM ALTERAÇÕES MENTAIS OU DEPENDÊNCIA PSICOTRÓPICA.**
- 3.24. AUTOMUTILAÇÕES E LESÕES AUTO-INFLIGIDAS, ESTANDO O SEGURADO MENTALMENTE DOENTE OU SÃO PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.**
- 3.25. ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMBELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA EVENTOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**

4. FRANQUIA

- 4.1. O PERÍODO DE FRANQUIA SERÁ DE 15 (QUINZE) DIAS ININTERRUPTOS, POR EVENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO AFASTAMENTO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO SEGURADO, POR DETERMINAÇÃO MÉDICA, DURANTE O QUAL O SEGURADO NÃO TERÁ DIREITO AO RECEBIMENTO DAS DIÁRIAS PARA QUALQUER EVENTO. OS PAGAMENTOS DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE SERÃO DEVIDOS A PARTIR DO 16º (DÉCIMO SEXTO) DIA ATÉ O PRAZO MÁXIMO DETERMINADO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**
- 4.2. A FRANQUIA SERÁ ESTABELECIDA NA APÓLICE E NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE COBERTO.**
- 4.3. O SEGURADO SOMENTE TERÁ DIREITO À GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE NO CASO DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS PELO TEMPO SUPERIOR À FRANQUIA DE DIAS ESTABELECIDA, E DESDE QUE SEJAM DIAS CONSECUTIVOS E ININTERRUPTOS.**

5. LIMITE DE DIÁRIAS

O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme condições contratuais efetivada pelo Estipulante/Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias por evento.

6. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

- 6.1. O aviso do afastamento à SEGURADORA deverá ser realizado pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a SEGURADORA, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no item 31.1 da Cláusula 31 das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.
- 6.2. RETORNANDO AS SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS, O SEGURADO NÃO PODERÁ USUFRUIR NOVAMENTE DO BENEFÍCIO DA GARANTIA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE EM PRAZO INFERIOR AO ESTIPULADO NA APÓLICE, CONTADOS DA DATA DO SEU RETORNO DO ÚLTIMO AFASTAMENTO.

7. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento a data do afastamento devidamente comprovado de suas atividades profissionais.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 8.2. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.
- 8.3. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 8.3.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela SEGURADORA, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
 - 8.3.2. A critério da SEGURADORA, e desde que definido na apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
 - 8.3.3. De posse do relatório médico atualizado, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela SEGURADORA, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na apólice.

8.3.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a SEGURADORA providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

- 8.4.** O Segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da SEGURADORA, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da SEGURADORA.
- 8.5.** Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela SEGURADORA um novo evento se este vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

9. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além de apresentar os documentos previstos na Cláusula 32 das Condições Gerais (Regulação de Sinistros), o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- 9.1.** Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM.
- 9.2.** Cópias autenticadas de Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do segurado.
- 9.3.** Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM.
- 9.4.** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver.
- 9.5.** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- 9.6.** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

10. JUNTA MÉDICA

- 10.1.** Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo Segurado e um terceiro desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos pelo Segurado e pela SEGURADORA em partes iguais.
- 10.2.** A SEGURADORA formalizará por escrito a possibilidade de constituição de junta médica, no prazo máximo de 15 dias, decorrido da data da contestação do Segurado.
- 10.3.** 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.

10.4. Caso o Segurado se recuse a submeter-se a exames ou perícias para constatação da incapacidade e ou elucidação das divergências, o direito à indenização ficará automaticamente suspenso, sendo que a recusa à perícia médica ordenada pelo Juiz, poderá suprir a prova que se pretendia obter com o exame, conforme legislação civil em vigor.

11. BENEFICIÁRIO

Constatada a Incapacidade Temporária por Acidente, o Beneficiário será o próprio Segurado.

12. EXTINÇÃO DO SEGURO

A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- 12.1. Com o cancelamento da apólice.**
- 12.2. Com o cancelamento desta Cobertura Especial.**
- 12.3. Com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente.**
- 12.4. Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

Esta cláusula, caso contratada, tem por objetivo garantir o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal ou doença, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. CONCEITOS E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado.
- 2.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 2.3. Para os fins desta cláusula, entende-se:
 - 2.3.1. **Hospital:** Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
 - 2.3.2. **Hospitalização ou Internação Hospitalar:** É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 2.4. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 2.5. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 2.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A).
- 2.7. Nos seguros para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o pagamento das diárias hospitalares, mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO CLÁUSULA 7 RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTE DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM UMA OU MAIS DE UMA DAS CONDIÇÕES ELENCADAS A SEGUIR:

- 3.1. **DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA**

TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA.

- 3.2. INTERNAÇÕES DOMICILIARES (HOME-CARE).
- 3.3. INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILO E CASAS DE REPOUSO.
- 3.4. INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO, ACOMODAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE VICIADOS EM ÁLCOOL, DROGAS E QUALQUER OUTRA SUBSTÂNCIA QUE CAUSE DEPENDÊNCIA PSICOTRÓPICA.
- 3.5. DIÁLISES E HEMODIÁLISES.
- 3.6. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 3.7. GRAVIDEZ, PARTO OU ABORTO E QUAISQUER COMPLICAÇÕES OU CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA GRAVIDEZ, DO PARTO OU DO ABORTO.
- 3.8. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO DE INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 3.9. O CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 3.10. CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE FIMOSE, LIGADURA DE TROMPAS OU VASECTOMIA, TRATAMENTOS PARA INFERTILIDADE OU INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL.
- 3.11. QUAISQUER TIPOS DE TRATAMENTOS OU DANOS ESTÉTICOS, TRATAMENTOS REJUVENESCEDORES, PARA OBESIDADE OU EMAGRECIMENTO, INCLUINDO GASTROPLASTIA REDUTORA.
- 3.12. CIRURGIAS PLÁSTICAS E DESPESAS COM COMPRA DE PRÓTESE, CONFECÇÃO DE ÓCULOS E LENTES DE CONTATO (SALVO AS CIRURGIAS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS E AS REPARADORAS DE CIRURGIAS DECORRENTES DE NEOPLASIAS MALIGNAS).
- 3.13. A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE.
- 3.14. INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.
- 3.15. INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (CHECK-UP), REPOUSO OU GERIATRIA.
- 3.16. ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES.
- 3.17. INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS.

- 3.18. INFECÇÕES OPORTUNISTAS E TODA E QUALQUER DOENÇA PROVOCADA PELA SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (AIDS).**
- 3.19. FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, INUNDAÇÕES, QUEDAS DE CORPOS SIDERAIS, METEORITOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 3.20. LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL.**
- 3.21. ATOS OU OMISSÕES DO SEGURADO OU LESÕES ACIDENTAIS PROVOCADAS SOB O EFEITO DE ÁLCOOL OU DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE DETERMINE GRAU DE ALCOOLEMIA SUPERIOR A 0,5 GRAMAS POR LITRO DE SANGUE OU SOB EFEITO DE ESTUPEFACIENTES UTILIZADOS SEM OU CONTRA AS INDICAÇÕES DE PRESCRIÇÃO MÉDICA, DE DROGAS, DE ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS QUE CAUSEM ALTERAÇÕES MENTAIS OU DEPENDÊNCIA PSICOTRÓPICA.**
- 3.22. AUTOMUTILAÇÕES E LESÕES AUTOINFLIGIDAS, ESTANDO O SEGURADO MENTALMENTE DOENTE OU SÃO PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.**
- 3.23. ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMBLHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA.**
- 3.24. EVENTOS NÃO DECORRENTES DE RISCO COBERTO.**

4. CARÊNCIA

A CARÊNCIA PARA DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SERÁ ESTABELECIDA NA APÓLICE, NÃO PODENDO SER SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL, DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, NA PARTE QUE SE REFERE A ESSE AUMENTO OU DA RECONDUÇÃO DO SEGURO, SE SUSPENSO, NÃO HAVENDO COBERTURA PARA INTERNAÇÕES DECORRENTES DE DOENÇAS INICIADAS ANTES OU DURANTE O REFERIDO PERÍODO. NÃO SE APLICA A CARÊNCIA PARA INTERNAÇÕES DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

5. FRANQUIA

A FRANQUIA SERÁ ESTABELECIDA NA APÓLICE E TERÁ PRAZO MÍNIMO DE 2 (DUAS) DIÁRIAS E PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTO, INICIANDO-SE A COBERTURA, NESTES CASOS, A PARTIR DA 3ª (TERCEIRA) OU DA 16ª (DÉCIMA SEXTA) DIÁRIAS, RESPECTIVAMENTE, SEM PREJUÍZO DA CARÊNCIA MENCIONADA NA CLÁUSULA ANTERIOR.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

- 6.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de internação coberta.
- 6.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.
- 6.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 6.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 7.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela SEGURADORA, tomando-se por base relatório médico atualizado.
 - 7.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela SEGURADORA, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na apólice.
 - 7.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a SEGURADORA providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da SEGURADORA, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da SEGURADORA.
- 7.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela SEGURADORA um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

8. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além de apresentar os documentos previstos na Cláusula 32 das Condições Gerais (Regulação de Sinistros), o Segurado deverá apresentar:

- 8.1. Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM.

- 8.2.** Cópias autenticadas dos documentos do Segurado: Documento de Identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de endereço.
- 8.3.** Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM.
- 8.4.** Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica.
- 8.5.** Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital.
- 8.6.** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver.
- 8.7.** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- 8.8.** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- 8.9.** Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório.
- 8.10.** Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

9. BENEFICIÁRIO

Constatada a necessidade de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, o Beneficiário será o próprio Segurado.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

A presente Cobertura prevê a Reintegração de Capital Segurado, sem a cobrança de prêmio adicional de seguro, para outros eventos enquanto a apólice estiver vigente.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURAS

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 3.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:**
- 3.2.1. CARCINOMAS NÃO INVASIVOS “IN SITU” (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL) E OUTRAS LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS.**
 - 3.2.2. CARCINOMA BASO-CELULAR E HIPERQUERATOSES.**
 - 3.2.3. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PELE, EXCETO QUANDO SE TRATAR DE DISSEMINAÇÃO EM OUTROS ÓRGÃOS.**
 - 3.2.4. SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS.**
 - 3.2.5. QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE QUE NÃO SEJA MELANOMA MALIGNO INVASIVO DE MENOS DE 1,2 MM DE ESPESSURA DETERMINADO POR EXAME E MENOS DE CLARK LEVEL 3.**
 - 3.2.6. LEUCEMIA LINFÁTICA CRÔNICA.**
 - 3.2.7. CÂNCER DE PRÓSTATA QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO, PERTENÇA A ETAPA T1 (INCLUINDO T1A E T1B DO SISTEMA TNM) OU DE QUALQUER OUTRA CLASSIFICAÇÃO MENOR.**
- 3.3. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECG, TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL, ANGINA DECÚBITO, INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ECG COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”. E OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO.**
- 3.4. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE CÉREBRO VASCULAR:**
- 3.4.1. ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS.**
 - 3.4.2. QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR.**
 - 3.4.3. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA.**
 - 3.4.4. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE.**
 - 3.4.5. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES.**
 - 3.4.6. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO.**
 - 3.4.7. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO.**
 - 3.4.8. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.**
- 3.5. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONARIANA:**
- 3.5.1. ANGIOPLASTIA.**
 - 3.5.2. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS.**
 - 3.5.3. CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO , UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS).**
 - 3.5.4. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.**

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

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

4. CARÊNCIA

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

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Doença Grave coberta.**
- 5.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado, e devidamente comprovada com exames.**

6. EXTINÇÃO DO SEGURO

- 6.1. A cobertura individual de cada Segurado cessará:**
 - 6.1.1. Com o cancelamento da apólice.**
 - 6.1.2. Com o cancelamento desta cobertura especial.**
 - 6.1.3. Com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.**
 - 6.1.4. Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo segurado.**
 - 6.1.5. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**
 - 6.1.6. Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.**

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

7. REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

7.1. No caso de sinistro decorrente de Câncer:

- 7.1.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
- 7.1.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia.
- 7.1.3.** Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).
- 7.1.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
- 7.1.5.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.2. No caso de sinistro decorrente de Infarto:

- 7.2.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
- 7.2.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.
- 7.2.3.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
- 7.2.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.3. No caso de Acidente Cérebro-Vascular:

- 7.3.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
- 7.3.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia.
- 7.3.3.** exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).
- 7.3.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
- 7.3.5.** cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.4. No caso de sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana:

- 7.4.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
- 7.4.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.
- 7.4.3.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
- 7.4.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.5. No caso de sinistro decorrente de Insuficiência Renal:

- 7.5.1. Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
- 7.5.2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia.
- 7.5.3. Exames complementares apropriados.
- 7.5.4. Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
- 7.5.5. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

7.6. No caso de Transplante de Órgãos:

- 7.6.1. Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 7.6.2. Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
 - 7.6.3. Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 7.6.4. Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 7.7. Será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico ou de realização do procedimento coberto no item 2.1. desta cobertura.**
- 7.8. A elegibilidade a indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.**
- 7.9. A indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- 7.10. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas condições contratuais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.

8. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário deste seguro será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, conforme disposto na apólice, caso o Segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do contrato de seguro, observados as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, São elegíveis a esta cobertura os Segurados com vínculo empregatício exclusivamente no regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador,. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado e registrado em sua CTPS, desde que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.
- 1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do desligamento do Segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS, NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTARÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:
 - 2.1.1. RENÚNCIA OU PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA DO TRABALHO.
 - 2.1.2. DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA DO TRABALHADOR SEGURADO.
 - 2.1.3. JUBILAÇÃO, PENSÃO OU APOSENTADORIA DO TRABALHADOR SEGURADO.
 - 2.1.4. PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA (PDV), INCENTIVADOS PELO EMPREGADOR DO SEGURADO.
 - 2.1.5. ESTÁGIOS E CONTRATOS DE TRABALHO TEMPORÁRIO EM GERAL.
 - 2.1.6. FALÊNCIA.
 - 2.1.7. CAMPANHAS DE DEMISSÕES EM MASSA. CONSIDERA-SE “DEMISSÃO EM MASSA” O CASO DE EMPRESAS QUE DEMITAM MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DE SEU QUADRO DE PESSOAL NO MESMO MÊS.
 - 2.1.8. DEMISSÕES DECORRENTES DO ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DO EMPREGADOR.
 - 2.1.9. FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, INCLUINDO-SE ASSESSORES E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL.

2.1.10. NÃO SE INCLUI NESTA COBERTURA DESEMPREGO DECORRENTE DA EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR, CONFORME PREVISTO PELA LEI 13.467/2017

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês que o segurado permanecer desempregado, sendo que o valor e a quantidade das parcelas mensais do compromisso financeiro a serem indenizadas, deverão ser especificados nas condições contratuais do seguro.
- 5.2.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

6. CARÊNCIA

- 6.1.** A CARÊNCIA PODERÁ SER DE ATÉ 180 (CENTO E OITENTA) DIAS ININTERRUPTOS, CONFORME ESPECIFICADO NA APÓLICE.
- 6.2.** NÃO HAVERÁ PRORROGAÇÃO DE VIGÊNCIA RESULTANTE DA APLICAÇÃO DA CARÊNCIA.

7. FRANQUIA

A FRANQUIA PODERÁ SER DE NO MÁXIMO 90 (NOVENTA) DIAS ININTERRUPTOS, A CONTAR DA DATA DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, CONFORME ESPECIFICADO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO PRESTAMISTA.

8. EXTINÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- 8.1.** Simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada.
- 8.2.** A pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 8.3.** Com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante.
- 8.4.** Quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

8.5. Quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

9. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 32 (REGULAÇÃO DE SINISTROS) das Condições Gerais, apresentando os documentos ali indicados, bem como, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- 9.1. Formulário de AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido e assinado pelo segurado.
- 9.2. Cópia do contrato de financiamento.
- 9.3. Comprovante do saldo devedor na data do afastamento do SEGURADO de toda e qualquer atividade laborativa.
- 9.4. Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folhas posterior e seguinte ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro-Desemprego, quando houver.
- 9.5. Cópia do RG, CPF e do comprovante de residência do SEGURADO.
- 9.6. Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado pelo sindicato ou pela delegacia do trabalho, quando aplicável.
- 9.7. Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- 9.8. Declaração do SEGURADO com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso haja.
- 9.9. Cópia autenticada do Requerimento do Seguro-Desemprego contendo o protocolo do órgão competente.
- 9.10. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego para continuidade do processo de indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

11. BENEFICIÁRIOS

No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio Segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista. Nas demais

hipóteses, o Beneficiário será o próprio Segurado ou aquele por ele indicado na apólice, salvo disposição legal em contrário.

12. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

12.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à Seguradora, sob pena de perda de direito.

12.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

12.2.1. Será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio.

12.2.2. Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:

12.2.2.1. Se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros, serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do Seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

12.2.2.2. Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o subitem 12.2.1.

12.2.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o subitem 12.2.2.

12.2.4. Se a quantia a que se refere o subitem 12.2.3. deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver.

12.2.5. Se a quantia estabelecida no subitem 12.2.3. for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado ao Segurado principal em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), desde que contratada, diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida do recém-nascido, durante a vigência da apólice e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.
- 1.2. **Para fins desta cobertura, entende-se por Doença Congênita aquelas das quais o indivíduo já nasce portador e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.**
- 1.3. Para fins desta cobertura entende-se por Invalidez por Doença Congênita de Filho aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis, para o filho exercer futuramente qualquer tipo de atividade remunerada que garanta sua subsistência.
- 1.4. NÃO SE INCLUI NO ÂMBITO DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO A MÁ FORMAÇÃO FETAL.
- 1.5. O PAGAMENTO DE QUALQUER INDENIZAÇÃO PELA SEGURADORA EM DECORRÊNCIA DESTA COBERTURA SÓ SERÁ EFETUADO DESDE QUE A DATA DE NASCIMENTO DO FILHO OCORRA NO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ALÉM DAS EXCLUSÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 7 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO, SERÃO CONSIDERADOS RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS:**
 - 2.1.1. **EVENTOS DECORRENTES DE USO DE ENTORPECENTES, MEDICAMENTOS, DROGAS OU PROCEDIMENTOS NÃO RECOMENDADOS DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO OU NÃO RECONHECIDOS EFETIVAMENTE PELOS ÓRGÃOS DE SAÚDE.**
 - 2.1.2. **DEFEITOS CONGÊNITOS DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, NO QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA.**
 - 2.1.3. **DECORRENTES DO MAU USO OU INABILIDADE DE PRODUTOS QUÍMICOS, OU DEMAIS CATEGORIAS DE PRODUTOS RECONHECIDAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE.**
 - 2.1.4. **DE ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
 - 2.1.5. **SE QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO A DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO JÁ FOR DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E ESTE NÃO INFORMAR.**

3. GRUPO SEGURADO

O grupo segurado é composto pelos filhos recém-nascidos do Segurado que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto em que se constate a doença em mais de um filho, a indenização não será cumulativa.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

5. REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 32 (REGULAÇÃO DE SINISTROS) das Condições Gerais, fornecendo os documentos ali determinados**, bem como os seguintes documentos:

- 5.1.1. Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto.
 - 5.1.2. Exame anatomopatológicos que indiquem a doença congênita.
 - 5.1.3. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho.
 - 5.1.4. Cópia atualizada e autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a Segurada principal (quando houver).
 - 5.1.5. Radiografias do filho do Segurado (quando houver).
 - 5.1.6. Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 5.1.7. Relatório Médico indicando causa mortis com firma reconhecida, em caso da morte de filho do Segurado.
 - 5.1.8. Cópia da Certidão de Óbito, na morte deste, se for o caso.
 - 5.1.9. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do filho do Segurado, se for o caso.
- 5.2. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez ao segurado Titular.
- 5.3. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

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

4. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado do Cônjuge manterá uma relação percentual com o capital do Segurado Principal, limitado a 100%, conforme estabelecido na Apólice.

5. BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2. Quando o sinistro for decorrente de invalidez, desde que contratada a respectiva cobertura, o Beneficiário será o próprio cônjuge.
- 5.3. Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e do Cônjuge dependente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à cobertura do Cônjuge deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado, tendo sido pago o prêmio correspondente.

6. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais deste contrato de seguro, conforme disposto nas cláusulas de regulação de sinistro das coberturas estendidas ao cônjuge, será necessária a apresentação da Certidão de Casamento, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida (o) como Beneficiária (o), ou de declaração de união estável.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA FACULTATIVA

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

- 1.4.** A inclusão do Cônjuge se dará de forma facultativa, mediante a solicitação expressa do Segurado Principal através do preenchimento de Proposta de Adesão.
- 1.5. O SEGURADO PRINCIPAL ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE SOBRE AS DECLARAÇÕES RELATIVAS AO CÔNJUGE.**

4. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado do Cônjuge manterá uma relação percentual com o capital do Segurado Principal, limitado a 100%, conforme estabelecido na Apólice.

5. BENEFICIÁRIOS

- 5.1.** A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2.** Quando o sinistro for decorrente de invalidez, desde que contratada a respectiva cobertura, o Beneficiário será o próprio cônjuge.
- 5.3.** Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e do Cônjuge dependente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à cobertura do Cônjuge deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado, tendo sido pago o prêmio correspondente.

6. REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais deste contrato de seguro, conforme disposto nas cláusulas de regulação de sinistro das coberturas estendidas ao cônjuge, será necessária a apresentação da Certidão de Casamento, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida (o) como Beneficiária (o), ou de declaração de união estável.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

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

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado manterá uma relação percentual com o capital do Segurado Principal, limitado a 100%, conforme estabelecido na Apólice.
- 4.2.** No caso de filhos menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, o capital segurado destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser

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

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

5. BENEFICIÁRIO

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

6. REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA FACULTATIVA

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1.** A inclusão dos Filhos se dá de forma facultativa, mediante a solicitação expressa do Segurado Principal através do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde.
- 3.2.** O Segurado Principal assume total responsabilidade sobre as declarações relativas aos Filhos.
- 3.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado manterá uma relação percentual com o capital do Segurado Principal, limitado a 100%, conforme estabelecido na Apólice.
- 4.2.** No caso de filhos menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, o capital segurado destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

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

5. BENEFICIÁRIO

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

6. REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

Pela presente Cláusula fica entendido e concordado que serão distribuídos os excedentes técnicos desta apólice, conforme as condições seguintes:

1. DEFINIÇÕES

- 1.1.** Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no **item 3** abaixo.
- 1.2.** O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.
- 1.3.** O termo IBNR abordado nesta cláusula, **item 3 abaixo**, se refere à provisão técnica obrigatória para as SEGURADORA, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.
- 1.4.** Consideram-se como RECEITA:
 - 1.4.1.** Prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração.
 - 1.4.2.** Sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados.
 - 1.4.3.** IBNR considerada na apuração anterior, conforme definido no subitem 3.2 abaixo.
- 1.5.** Consideram-se como DESPESAS:
 - 1.5.1.** Comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período.
 - 1.5.2.** Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado.
 - 1.5.3.** Saldos negativos de excedente técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados.
 - 1.5.4.** Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração.
 - 1.5.5.** Despesas de administração da SEGURADORA, conforme indicado no Contrato.
 - 1.5.6.** Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à SEGURADORA, conforme indicado no Contrato.

2. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:

- 2.1.** Do respectivo pagamento para prêmios e comissões.

2.2. Do aviso à SEGURADORA para os sinistros.

2.3. Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores.

3. PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

3.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12 (doze) meses de vigência do seguro.

3.2. A apuração e distribuição será realizada até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

4. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

4.1. Do efetivo pagamento, para outras despesas.

4.2. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

5. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

5.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.

3.3. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente, proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.

3.4. Em substituição aos **itens 4.1 e 4.2.** o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.