

ATENÇÃO

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação não configura aceitação pela Seguradora.

As coberturas adicionais somente poderão ser adquiridas em conjunto com a básica.

Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

SEGURO COLETIVO UNIMED CAPITAL GLOBAL - Contratação Coletiva – Versão 05/2017

Reg. SUSEP Nº 15414.900143/2013-51

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Gerais, das Condições Especiais, das Cláusulas Suplementares e do contrato.**

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- As lesões acidentais decorrentes de:
 - a) Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- b) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) Choque elétrico e raio;
- d) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) Infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- g) Queda n'água ou afogamento.

b) excluem-se desse conceito:

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente**, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforços Repetitivos ou D.O.R.T. - Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido neste item.**

Agravação ou Agravamento do Risco é uma circunstância que, após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

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

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante e/ou Subestipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

Atividade Laborativa é qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Aviso de Sinistro é a comunicação feita pelo **Segurado** ou seu(s) beneficiário(s) à **Seguradora** sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

Beneficiário(s) são as pessoas designadas pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de invalidez permanente por acidente e de invalidez laborativa permanente total por doença do Segurado Titular, o beneficiário será o próprio Segurado Titular. Nas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e de Inclusão de Filho o beneficiário será sempre o segurado Titular.

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro. **Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado.**

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. Exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência prevista na apólice.

Carregamento é o percentual incidente sobre os prêmios pagos, destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais Endossos, das Cláusulas Suplementares e do contrato.

Condições Especiais é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais é o instrumento jurídico, composto por um conjunto de itens, que rege um mesmo plano de seguro e disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante e/ou Subestipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s), bem como as características gerais do Seguro. As Condições Gerais serão previamente disponibilizadas ao proponente para que delas tenha conhecimento antes de manifestar sua intenção de aderir ao seguro.

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante e/ou Subestipulante** e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante e/ou Subestipulante** e da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

O **Estipulante e/ou Subestipulante** poderão consultar a situação cadastral de seu corretor **de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

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

Doenças, Lesões e Sequelas preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento.

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.

Franquia é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento por evento coberto.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o **Estipulante e/ou Subestipulante** que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato.

Indenização é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado.

Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais.

Nota Técnica Atuarial é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais e as Especiais.

Número de Segurados é a quantidade de Segurados necessários para aceitação e a manutenção do seguro, definido no contrato.

Preexistência: vide Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes, deste item.

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Proponente individual é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado Titular somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Contratação é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade em contratar o seguro, na qualidade de Estipulante e/ou Subestipulante, em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato.

Reembolso é o valor, limitado ao Capital Segurado, a ser pago a quem arcou com as despesas do funeral do Segurado, para reposição dessas despesas.

Regime Financeiro de Repartição Simples é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Reintegração é a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.

Risco é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Riscos Excluídos são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo Plano.

Segurado: Termo genérico que se aplica tanto ao **Segurado Titular** como ao **Segurado Dependente**.

Segurado Titular é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo cumprimento das condições contratuais, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes, relativas aos seus direitos e obrigações.

Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Titular regularmente incluídos no seguro, observado o disposto no item

1.3, respectivamente da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho.

Seguradora é a UNIMED SEGURADORA S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios;

Seguro de Pessoas com Capital Global é a modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

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

Sinistro é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor;

Subestipulante é a pessoa física ou jurídica com vínculo junto ao Estipulante do seguro, que subcontrata em favor de grupo que a ela previamente se vincule, denominado subgrupo.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Coberturas disponíveis do Seguro de Vida em Grupo dividem-se em **Básica, Adicionais e Suplementares**:

3.1.1. Cobertura Básica:

- **Morte** - Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.**

3.1.2. Coberturas Adicionais – somente podem ser contratadas em conjunto com a Cobertura Básica as seguintes:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- Diária por Internação em UTI – Unidade de Terapia Intensiva (DUTI)
- Auxílio Funeral – Morte (AFM)
- Auxílio Medicamentos (AM)
- Cesta Básica - Morte (CB)

- Cesta Básica por Afastamento por Acidente de Trabalho (CBAAT)
- Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal (CDAP)
- Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- Doenças Congênitas (DC)
- Rescisão Contratual (RC)
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF)
- Reembolso de Despesas Médicas Hospitalares (DMH)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Automática de Cônjuge e
- Inclusão Automática de Filho

3.2. Coberturas disponíveis do Seguro de Acidentes Pessoais dividem-se em Básica, Adicionais e Suplementares:

3.2.1 Cobertura Básica:

- **Morte Acidental** - garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do respectivo Capital Segurado em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.**

3.2.2. Coberturas Adicionais – somente podem ser contratadas em conjunto com a Cobertura Básica as seguintes:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- Diária por Internação em UTI (DUTI)
- Auxílio Funeral – Morte Acidental (AFMA)
- Auxílio Medicamento (AM)
- Cesta Básica – Morte Acidental (CBMA)
- Cesta Básica por Afastamento por Acidente de Trabalho (CBAAT)
- Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal (CDAP)
- Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- Rescisão Contratual (RC)
- Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

3.2.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Automática de Cônjuge e
- Inclusão Automática de Filho

3.3. O Estipulante e/ou Subestipulante deverão informar, na Proposta de Contratação, qual(is) o(s) produto(s) e suas respectivas coberturas que pretende contratar, Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais, sendo que em ambos os produtos a cobertura **básica é obrigatória** e as demais são facultativas.

3.3.1. As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

3.3.2. As condições aplicáveis às Coberturas Adicionais e Suplementares estão reguladas nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no Contrato.

3.4. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão EXCLUÍDOS de todas as coberturas do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;**
- c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- d) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;**
- e) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) Prática por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;**
 - f.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**

- g) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada**, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- h) **Agravação intencional do risco por parte do Segurado;**
- i) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**
- j) **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal.**

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão também excluídos deste seguro as coberturas decorrentes dos eventos consequentes de:

- a) **Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente**, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos**, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- c) **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências**, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;
- d) **Parto ou aborto e suas consequências**, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) **Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- f) **Choque anafilático e suas consequências**, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
- g) **Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas**, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- h) **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 – L.E.R., Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – D.O.R.T., Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – L.T.C., tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) **Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples**

transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- j) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- k) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e**
- l) Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.**

4.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do **Globo Terrestre**, sejam naturais ou acidentais, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional, **exceto para as coberturas** de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, Diárias por Internação em UTI, Auxílio Medicamentos, Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal, Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares, Rescisão Contratual e Cesta Básica por (Morte, Morte Acidental e por Afastamento por Acidente de Trabalho) em Território Nacional.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

6.1.1.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.1.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.1.1.

6.1.3. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta de Contratação será considerada como automaticamente aceita.

6.1.4. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante e/ou Subestipulante, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio, eventualmente efetuado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.1.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora **não implica na aceitação da Proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.1.1.1, destas Condições Gerais.**

6.2. Inclusão de Segurados

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita de acordo com o número de pessoas declaradas na GFIP - Guia de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência ou SEFIP - Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência.

6.2.2 A inclusão dos dependentes far-se-á de forma automática, devendo abranger compulsoriamente o cônjuge e filhos do Segurado Titular, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

6.2.3. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Titulares, **os filhos serão incluídos uma única vez.**

6.2.4. Os afastados poderão ser incluídos quando retornarem à atividade profissional.

6.2.5. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, **independentemente do valor contratado, o Capital Segurado se limita, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais**, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado;**
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

6.3. A inobservância a qualquer das condições previstas neste item acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado.

6.4. Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante, **exceto para**

Cobertura Adicional de Indenização de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT

6.5. Os segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da apólice, poderão continuar no seguro, desde que os prêmios continuem sendo pagos, **exceto** para a Cobertura de **Indenização de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT e de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.**

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

7.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no contrato.

7.1.2. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante e/ou Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário**, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou **se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.**

7.1.2.1. A renovação expressa que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante. **Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos componentes do Grupo Segurado.**

7.1.2.2. A renovação automática, prevista no item 7.1.2, e seguinte, **só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, e/ou da Seguradora.**

7.1.2.3. Nas renovações posteriores, com manifestação expressa dos Segurados, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante e/ou Subestipulante e aos Segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

7.1.3. As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nelas indicadas.

7.1.4. Quando a Proposta de Contratação for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da data de recepção da proposta, pela Seguradora.

7.1.4.1. Quando a Proposta de Contratação não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da aceitação da proposta, pela Seguradora ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.1.5. Os componentes do Grupo Segurável, que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

7.1.6. A contratação, assim como qualquer alteração do contrato, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro individual, previstas nos itens 17 e 18, destas Condições Gerais.

7.2.2. O início e término de vigência individual de cada Segurado obedecerão ao disposto nos itens 7.2, 17 e 18, destas Condições Gerais.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1. Para fins deste seguro, o custeio será “não contributivo”, ou seja, os **Segurados** não pagam prêmio, cabendo o pagamento ao Estipulante e/ou Subestipulante.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1. É da **responsabilidade do Estipulante e/ou Subestipulante a quitação**, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

9.1.1. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato.

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

9.3. Quando o Estipulante e/ou Subestipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no contrato.

9.4. Se o Sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item 10, destas Condições Gerais.

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

9.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário, ao Estipulante e/ou Subestipulante.

10. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

10.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, em atraso com o pagamento dos prêmios, será notificado para pagamento do prêmio em atraso, corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento), ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança.

10.1.1. Para o seguro não contributivo a falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, não acarretará na suspensão automática das coberturas, sendo que após este período o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto na alínea “e”, do item 18.1, dessas Condições Gerais.

10.2. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso, com os encargos previstos no item 10.1. dessas Condições Gerais.

10.3. Se, no período de inadimplência, antes da data informada para cancelamento, ocorrer sinistro, este terá cobertura, com a consequente cobrança do prêmio ou, quando for o caso, abatimento do seu valor da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s), com os encargos previstos no item 10.1.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado de cada cobertura constará da Proposta de Contratação, da Apólice e do contrato, e será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados, este considerado como a somatória dos funcionários relacionados na GFIP e SEFIP, e dos sócios e diretores constantes na última alteração do Contrato Social da empresa.

11.2. Para as coberturas adicionais o capital segurado será aquele definido na Apólice e do Contrato.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

12.1. Os Capitais Segurados de todas as Coberturas contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização, observado o disposto no item 11.1, destas Condições Gerais.

12.1.1. Na falta ou extinção do índice indicado no item 12.1 acima será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

12.1.1.1. Alternativamente ao critério de atualização previsto no item 12.1, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial, proventos dos Segurados, acordo ou dissídio coletivo a ser definido no Contrato.

12.1.2.1. Ficará definido no Contrato o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens 12.1 e 12.1.1 destas Condições Gerais.

12.2. Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados, quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.

12.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE, desde a data do último pagamento do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador, considerando-se o índice imediatamente anterior.

12.4. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto no Contrato, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

12.4.1. Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.4.2. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da apólice.

13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

13.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para a(s) Cobertura(s) Básica(s), a data do falecimento.

13.1.1. Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

13.2. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante e/ou Subestipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 14, destas Condições Gerais.

14. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1. Observado o disposto no item 13, destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.

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

14.3. Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

14.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado **em parcela única** em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item 14.19 e seguintes, destas Condições Gerais:

- Relação do FGTS (GFIP e SEFIP) do mês da ocorrência; (para sócios/diretores/presidente e funcionários);
- CAGED do mês da ocorrência;
- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado e titular;
- Autorização para crédito em conta corrente (modelo disponível no site Seguros Unimed);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, do TC – Termo Circunstanciado ou do BO – Boletim de Ocorrência Policial (**em caso de morte acidental e afastamento por acidente de trabalho**);
- Cópia do Laudo do I.M.L. (**exclusivamente em caso de morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente**);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (**se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado**);

- Laudo de Perícia Técnica (**em caso de morte acidental**);
- Documentos do(s) beneficiário(s) e comprovante de residência em nome do(s) beneficiário(s);
- Data efetiva do sinistro (**se Morte Acidental/IPA** data do acidente; se Morte Natural a data do óbito);

14.4.1. Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item 14.4 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados:

14.5. Documento para cobertura do Auxílio Funeral Morte ou Auxílio Funeral Morte Acidental:

- Cópia da Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- Documento de Identidade da pessoa que sofreu o sinistro;
- CPF/MF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Comprovante de residência, Documento de Identidade e CPF da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral; e
- Notas Fiscais **nominais e originais**;
- Dados bancários daquele que efetuou o referido pagamento.

14.6. Documentos para cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o **Segurado** foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Resultados de exames médicos realizados pelo **Segurado** por ocasião do acidente;
- Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- Documentos dos beneficiários (em item específico);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

14.7. Documentos para cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária – DIT e cobertura de Cesta Básica por Afastamento por Acidente de Trabalho – CBAAT:

- Aviso para Concessão e Prorrogação de benefício de afastamento, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo seu médico assistente;
- Exames complementares realizados;
- Atestado médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

14.8. Documentos de cobertura de Diárias por Internação em UTI (DUTI):

- Aviso de Sinistro original devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente, contendo:
 - a) Descrição da ocorrência;
 - b) Motivo da internação e procedimentos adotados com código de procedimento AMB (Associação Médica Brasileira).
- Cópia simples do Prontuário Médico Hospitalar completo;
- Cópia simples da declaração do Hospital (onde deverá constar o total de diárias utilizadas, especificando os dias em UTI, hora de entrada e saída com data), diagnóstico, tratamento realizado, nome do médico assistente;
- Cópia simples do resultado de exames realizados.

14.9. Documentos da cobertura do Auxílio Medicamentos:

14.9.1. Formulário do Aviso de Sinistro - Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;

- Laudo médico constando diagnóstico e tratamentos realizados;
- Comprovantes originais das despesas com medicamentos, acompanhada do pedido médico/prescrição (receituário com carimbo, CRM e CPF);
- Para beneficiário pessoa física: RG, CPF, comprovante de endereço;
- Para beneficiário pessoa jurídica: cópia do contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, formulário registro de informações pessoa jurídica.

Observações:

- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão;
- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas”;
- Em caso de cupom fiscal encaminhar “Declaração de Responsabilidade pelo Pagamento”;
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento;
- O reembolso será efetivado nominal ao responsável pelo pagamento das despesas devidamente identificado nas respectivas Notas Fiscais;
- Dados bancários do responsável pelo pagamento.

14.10. Documentos da cobertura de Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal:

- Relatório Médico justificando a cirurgia;
- Notas fiscais originais quitadas do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso).

14.11. Documentos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Despesas Médicas e Hospitalares:

14.11.1. Além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados

exclusivamente em caso de óbito), **o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos originais, conforme o caso:**

a) Consulta Médica e/ou Odontológica: Recibo do médico e/ou dentista, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- Nome do paciente;
- Data da consulta;
- Valor cobrado (numérico e por extenso);
- Descrição do tipo de atendimento/especialidade;
- Dados do médico e/ou dentista: nome, CPF, CRM ou CRO, especialidade, assinatura e endereço completo.

b) Exames Laboratoriais e Radiológicos: pedido do médico assistente e/ou dentista, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- Nome do paciente;
- Data do atendimento;
- Valor cobrado (numérico e por extenso);
- Nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).

c) Terapias realizadas em sessões: obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:

- Diagnóstico;
- Tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
 - Nome do paciente;
 - Data do atendimento;
 - Valor cobrado (numérico e por extenso);
 - Descrição do tipo de atendimento; e
 - Dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

d) Despesas Hospitalares:

a) Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;

b) Cópias dos laudos se forem realizados exames de imagem;

c) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar, a qual deverá constar:

- Nome do paciente;
- Data do evento;
- Período da internação;
- Valor cobrado (numérico e por extenso);
- Descritivo com valores (numérico e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;

- Recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visita hospitalares e demais honorários médicos e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura).

e) Próteses e órteses, exclusivamente ligadas ao ato cirúrgico:

- Relatório médico e/ou odontológico justificando a implantação da prótese e/ou órtese;
- Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição da prótese e/ou órtese.

14.12. Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas, quando contratada, além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar os seguintes documentos:

- Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- Relatório do médico geneticista, quando existente;
- Cópia de todos os exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita;
- Cópia atualizada autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento com a gestante, caso a mesma não seja segurada principal; e
Declaração de União Estável feita pelos conviventes (quando for o caso).

14.12.1. O segurado compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja requerida pela Seguradora, sob pena de perder o direito à indenização.

14.13. Para a Cobertura Rescisão Contratual, quando contratada, além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, serão necessários:

- Documento de Identidade do representante legal do Estipulante e/ou Subestipulante;
- CPF/MF do representante legal do Estipulante e/ou Subestipulante;
- Comprovante de localização do estabelecimento comercial;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

14.14. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida:
 - a) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

- b) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

14.14.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3 das Condições Especiais.

14.14.2. 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.

14.15. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, serão necessários mais os seguintes documentos:

- Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:
 - De Qualificação Civil;
 - Do registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);
 - Anterior a do Contrato de Trabalho;
 - Posterior a do Contrato de Trabalho.

14.16. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratada, além dos documentos listados no item 14.4 destas Condições Gerais, serão necessários mais os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
- b) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia).

14.16.1. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, a Importância Segurada será destinada exclusivamente à cobertura de reembolso das despesas com o funeral dos mesmos, e será paga mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

14.16.2. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já comprometido e/ou lesionado antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

14.16.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez total e permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização não excederá o valor total do capital segurado.

14.16.4. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) para apurar a configuração da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

14.16.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta Cobertura.

14.16.6. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20 destas Condições Gerais.

14.17. Documentos dos beneficiários em caso de Morte.

Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário:

- a) **Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) **Se menor de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

- a) **Cônjuge:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada pós óbito e Comprovante de Residência;
- b) **Companheiro(a):** RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) **Se Segurado solteiro:**
 - Declaração pública constando que o **Segurado** faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas com firma reconhecida;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
 - Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.
 - b.2) **Segurado viúvo:**
 - Certidão de Casamento do **Segurado**;
 - Certidão de Óbito do cônjuge;
 - Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do **Segurado** sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do **Segurado** sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

Nas situações em que o **Segurado** não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo **Segurado**.

Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

14.18. Poderá ser **exigida a autenticação das cópias** de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

14.19. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

14.20. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 14.4 será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

14.21. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 14.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- Juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;
- Atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação;
- Multa de 2% (dois por cento);
- O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1. A Seguradora **não pagará qualquer indenização** com base no presente Seguro, **ficando o Estipulante e/ou Subestipulante obrigados ao pagamento do prêmio vencido**, caso haja por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes ou dos seus beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;
- d) Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e
- e) Não fornecimento da documentação solicitada.

15.1.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

15.3. 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 da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

15.3.1. Em caso de agravação do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.3.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem 15.3.1, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

15.4. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item 15.1, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) 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.

16. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

16.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

16.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

16.2.1. Se a seguradora não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

16.3. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

16.4. Não sendo indicado beneficiário, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com o art. 792, do Código Civil.

16.4.1. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, Diárias por Incapacidade Temporária, Diária por Internação em UTI, Auxílio Medicamento, Cesta Básica por Afastamento por Acidente de Trabalho, Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, e Doenças Congênitas o beneficiário será o próprio Segurado Titular.

16.4.2. Para o caso de morte de segurado dependente, incluído pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, ou de Filho, o beneficiário será sempre o Segurado Titular.

16.5. A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a)** Com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e/ou Subestipulante e Seguradora;
- b)** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante e/ou Subestipulante;
- c)** Quando o Segurado Titular solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d)** Com o falecimento do Segurado Titular ou quando este vier a receber indenização por invalidez laborativa permanente total por doença;
- e)** Automaticamente, se o Segurado, seus representantes, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, **durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- f)** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus representantes, ou beneficiários;

- g) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 18, destas Condições Gerais.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

- a) Se houver dolo, culpa, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, **durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- b) Se o Estipulante e/ou Subestipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- c) Quando o Estipulante e/ou Subestipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora, **durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- d) Por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
 - d.1) Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente;
- e) Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item 10, destas Condições Gerais.

18.1.1. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

18.2. A cobertura dos Segurados Dependentes será cancelada nos seguintes casos:

- a) Automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Titular, qualquer que seja a causa;
- b) Automaticamente, no caso da perda da condição de dependente do Segurado, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) Quando solicitado por escrito pelo Segurado Titular;
- d) Quando desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Titular à Seguradora;
- e) Com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

19. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

19.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

19.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

20. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

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

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

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

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

21.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante:

- Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- Fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

- Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante e/ou Subestipulante.

22. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

22.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Especiais, as Coberturas Adicionais, as Cláusulas Suplementares, a Apólice e o contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

23. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

23.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora, Estipulante e/ou Subestipulante.

23.1.1. Qualquer modificação na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

23.1.2. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

23.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante e/ou Subestipulante, ratificada pelo correspondente endosso.

23.3. Nenhuma alteração será válida se não for feita, por escrito.

24. PRAZOS PRESCRICIONAIS

24.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiários, relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

25.3. 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.

25.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco, dentro do prazo regulamentar.

25.5. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do segurado ao seguro.

26. FORO

26.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para o processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado, ao próprio Segurado Titular, em caso de **invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente 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, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.2. Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

1.2.1. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela constante do item 6, destas Condições Especiais.

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 6, destas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.

1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.

1.5. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos ou função, além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução, máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do capital previsto para o membro ou órgão lesado.

1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura; havendo duas ou mais lesões em um mesmo

membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.

1.7. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

1.8. A perda de dentes, em consequência de acidente, NÃO dá direito à indenização por invalidez permanente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4., das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS, desta cobertura, os eventos decorrentes de:

- a) Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto ou decorrente de suicídio ou tentativa, após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- d) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- e) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, previsto no item 2, destas Condições Gerais;**
- f) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidentes pessoais coberto;**
- g) Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2. das Condições Gerais.**

2.2. Também estão excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) Viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- b) Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.**

3. DATA DO EVENTO

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

4. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

4.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, coberta pela presente cobertura, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

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

4.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.

4.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20, das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta cobertura **não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica**, do Segurado Titular, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente**, conforme o disposto no item 1.9, destas Condições Especiais.

5.3. Caso o Segurado venha a se tornar totalmente inválido, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por Invalidez Permanente Parcial, será deduzido do capital previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.

5.4. Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após seu pagamento.

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
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 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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09

Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente 1/2 do respectivo dedo
- Perda dos demais dedos	equivalentes a 1/3 do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	06

- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
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	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	03

Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15

Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	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
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

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
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40

RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05
PERDA DO BAÇO	
	15

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto nos itens 13 e 14, das Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

8.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

8.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;

- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro; e
- c) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

8.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do capital previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, observado o disposto no item 8.2, destas Condições Especiais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Segurado Titular o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para cobertura básica, no caso de sua Invalidez Laborativa Permanente e Total, exclusivamente consequente de doença, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas condições especiais, das condições gerais e do contrato.**

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta cobertura **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3. CONCEITO

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

3.2. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o **segurado obteve maior renda, dentro de um determinado exercício anual definido nas condições contratuais.**

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

3.4. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

3.4.1. Se, nessas condições, houver a contratação por pessoa que não exerça qualquer atividade laborativa, a Seguradora devolverá o(s) prêmio(s) pago(s) para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4, das condições gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura, os eventos decorrentes de:

- a) Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC);
- b) Eventos ou tratamentos de caráter experimental;
- c) Doenças de caráter mental, psicológico ou psiquiátrico, salvo aquelas devidamente diagnosticadas através de exames neurológicos e que resultem na interdição judicial do Segurado, atestando a sua incapacidade de fato (nesse caso a liberação de indenização estará condicionada à apresentação do respectivo termo de curatela);
- d) Dor crônica, sem substrato orgânico definido, incluindo fibromialgia e síndrome de dor miofascial;
- e) Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para emagrecimento ou para rejuvenescimento com finalidade estética;
- f) Estresse e suas consequências;
- g) Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para finalidades estéticas, incluindo órteses e próteses para o mesmo fim;
- h) Inseminação artificial, mudança de sexo ou esterilização;
- i) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- j) Choque anafilático e suas consequências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o Capital Segurado será pago, de uma só vez, ao próprio Segurado, observado o disposto no item 13 e 14, das condições gerais.

6. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

6.1. O valor do Capital Segurado para esta cobertura é o do Capital Segurado para a cobertura básica.

6.2. Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do capital, quando da liquidação de sinistro, a **data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade**.

7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

7.1. Invalidez Laborativa por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

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

7.3. Ocorrendo a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma **antecipação** da cobertura básica (morte), **o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez laborativa permanente total por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.3.1. Não ficando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas os demais itens destas condições especiais, das condições gerais e do contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

7.4. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

7.5. A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, a cobertura básica (morte), e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA) e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) não se acumulam.

7.6. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20, das condições gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

8.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou**
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da apólice.**

8.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente cobertura adicional;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;**
- d) Com o falecimento do Segurado;**
- e) Quando o Segurado deixar de exercer atividade remunerada.**

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 17 e 18, das condições gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 9.2, destas condições especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9.2. O pagamento da indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após indenização, devidamente atualizados.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas condições especiais fazem parte das condições contratuais da apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais que, em relação a estas condições especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO TITULAR, COMO ADICIONAL À COBERTURA BÁSICA

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado Titular, limitado ao Capital Segurado contratado, de uma indenização **em razão de seu afastamento total (impossibilidade), contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, exclusivamente em consequência de acidente pessoal, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.2. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de diárias por incapacidade temporária, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é a renda diária contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário de todas as atividades remuneradas, decorrente de acidente coberto, ocorrido na vigência desta cobertura e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as Condições Contratuais;
- **Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente;
- **Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização. **Os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;**
- **Preexistência** é todo acidente, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação ao qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação desta cobertura.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Esta cobertura prevê o pagamento ao segurado de uma indenização, **limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, da sua profissão ou ocupação, por acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário contratado.**

3.2. O Capital Segurado, bem como o número de diárias contratadas, estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato, a título de Renda Diária.

3.3. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Apólice, da Proposta de Contratação e do contrato, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, e será, **no máximo**, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

3.4. Haverá franquia de 15 (quinze) dias, ou seja, durante os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento em decorrência de evento coberto, não caberá a Seguradora qualquer responsabilidade em relação ao pagamento da indenização.

3.4.1. A indenização será devida a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia.

3.5. Na eventualidade do Segurado possuir na Seguradora mais de um seguro cuja característica e objetivo coincidam com esta cobertura, a Seguradora observará, quando do recebimento da Proposta de Contratação, os limites de indenização para aceitação desta Proposta.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente COBERTAS nesta cobertura as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar exposto em decorrência de acidente coberto;
- b) Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- c) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- d) Choque elétrico e raio;
- e) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f) Escapamento acidental de gases e vapores;
- g) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h) Infecções e estados septicêmicos, quando resultante **exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- i) Queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4, das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS, da presente cobertura, os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;**
- b) Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta cobertura;**
- c) Quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- d) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- e) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:**
- f) Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- g) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalides acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, constante do item 2, das Condições Gerais;**
- h) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;**
- i) Envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.**

5.2. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.

6. CARÊNCIAS

6.1. Não haverá carência para esta Cobertura.

7. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

7.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.

7.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

7.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 20, das Condições Gerais.

8. DATA DO EVENTO

8.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente, respeitada a definição de “preexistência” constante do item 2, destas Condições Especiais, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado a apresentação da documentação básica relacionada no item 14 das Condições Gerais.

9.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item 14, das Condições Gerais.

9.3. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.

9.4. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br.

10. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completar se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.

10.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

10.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente pagos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, “pro rata”, contados da data do pagamento.

11. ALTERAÇÃO DE VALORES

11.1. Mediante preenchimento de nova Proposta de Contratação, o Estipulante e/ou Subestipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 6, e seguintes, das Condições Gerais, e os itens 3.2 e 3.3, destas Condições Especiais.

11.1.2. A redução de Capital Segurado é de exclusiva faculdade do Estipulante e/ou Subestipulante, respeitado o disposto no item 23, das Condições Gerais.

11.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 7, das Condições Gerais.

12. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

12.1. Esta cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior se contratada após o início de vigência da Cobertura Básica.

12.2. Esta Cobertura termina:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens 17 e 18 das Condições Gerais; e
- b) Sempre que for cancelada a Cobertura Básica.

12.2.1. Esta cobertura termina, independentemente da continuidade da vigência da Cobertura Básica e das demais Coberturas contratadas, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; ou

- b) Quando esgotado o período indenitário desta cobertura, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio, referente a esta cobertura.

13. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

13.1. Além das hipóteses previstas nos itens 17 e 18, das condições gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 12.2, destas condições especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DUTI)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Titular, **decorrente de acidente pessoal coberto, observado o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.1.1. Os Capitais Segurados (diárias) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice na Proposta de Contratação.

1.1.2. A cobertura iniciar-se-á no primeiro dia da internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e termina no dia da alta médica da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Titular, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

1.1.3. No caso do período de permanência em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não ser contínuo durante a internação hospitalar do Segurado Titular, o número máximo de diárias equivalerá a somatória dos períodos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

1.2. O número de diárias contratadas constará da Apólice, da Proposta de Contratação e do contrato, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, e será, **no máximo**, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

1.3. Não haverá franquia nesta cobertura.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser indenizado ao Segurado Titular, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em decorrência de acidente pessoal coberto;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Renda Diária** é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de comprovada internação, exclusivamente em UTI (Unidade de Terapia

Intensiva). A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o Segurado Titular permanecer internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). O Segurado Titular somente terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 (doze) horas;

- **Hospital** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamento médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente COBERTAS nesta cobertura as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar exposto em decorrência de acidente coberto;
- b) Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos**;
- c) Sequestros e tentativas de sequestro;
- d) Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- e) Choque elétrico e raio;
- f) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g) Escapamento acidental de gases e vapores;
- h) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- i) Infecções e estados septicêmicos, quando resultante **exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto**;
- j) Queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4, das Condições Gerais.

4.2. Também não haverá cobertura caso:

- a) A internação não ocorrer em hospital, conforme definido na cláusula 2.1 destas Condições Especiais, especialmente no caso de Home Care (internação domiciliar);
- b) O Segurado Titular não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da internação.

4.3. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;

- c) Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;
- d) Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- e) Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
- f) Home Care (internação domiciliar);
- g) Leitos de hospital que não sejam reconhecidos legalmente como UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

4.4. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente pessoal, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

6.1. O evento coberto pela presente cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento da diária por internação em UTI, se o Segurado se recusar.

6.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto da renda diária deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20, das Condições Gerais.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será estabelecido sob a forma de diária e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens 14 das Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

9.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

9.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) Com o falecimento do Segurado.**

9.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

10.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2., destas Condições Especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DO AUXÍLIO FUNERAL – MORTE (AFM)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o reembolso dos valores correspondentes às despesas do funeral, em caso de falecimento do segurado titular até o limite do capital segurado contratado, ressaltar **os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.2. Entende-se por despesas com serviço funeral, aquelas que se referem, **exclusivamente**, aos elementos **fundamentais**, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

1.3. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos previstos do item 4. das Condições Gerais e decorrentes de:

- a)** Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo reembolso das despesas do funeral, quando devido e, desde que observado o limite do capital segurado;
- b)** Busca (localização) ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;
- c)** Despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O capital segurado para a cobertura adicional de Auxílio Funeral será estabelecido na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

3.2. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora, a data do falecimento do segurado.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do segurado.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens 14. das Condições Gerais.

5.2. As despesas com o funeral deverão ser comprovadas mediante a apresentação das Notas Fiscais ou Faturas nominais e **serão reembolsadas a quem as tenha realizado.**

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica; ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2, destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DO AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTE DE ACIDENTES PESSOAIS (AM)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo reembolsar o **Segurado Titular** das despesas com medicamentos, utilizados para o seu tratamento sob orientação médica, iniciados nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante o horário de trabalho e decorrente de acidentes pessoais, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. O Capital Segurado **não poderá ser superior** Capital Segurado da Cobertura Básica, do Segurado Titular e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação.

1.3. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de auxílio medicamento, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

1.4. Esta cobertura **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos constantes no item 4 das condições gerais, excluem-se ainda desta cobertura:

- a) As despesas decorrentes de estado de convalescença (após a alta médica);**
- b) Medicamentos experimentais; e**
- c) Acidente pessoal ocorrido antes ou após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).**

3. DATA DO EVENTO

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente ocorrido durante o horário de trabalho.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para a cobertura adicional de Auxílio Medicamento será estabelecido na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14. das Condições Gerais.

5.2. O reembolso será realizado até o valor do capital contratado para esta cobertura, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, acompanhadas da respectiva prescrição médica.

5.3. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso das despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da seguradora.

5.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica; ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2., destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA - MORTE (CBM)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado Titular, em caso de sua morte devidamente coberta, o pagamento de um auxílio alimentação (Cesta Básica), através de crédito em cartão magnético (cartão alimentação), observado o limite do capital segurado, bem como ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4, das Condições Gerais.

3. DATA DO EVENTO

3.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data da morte do segurado titular.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior ao capital segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14 das Condições Gerais.

5.2. O valor do crédito do Cartão Alimentação, assim como o período de recebimento estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

5.3. O pagamento do capital segurado será realizado em uma única parcela.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para o Segurado Titular da Apólice:

- a)** Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou

- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta Cobertura termina:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c) Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice; e
- d) No caso de morte do Segurado Titular.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. O segurado deverá nomear um beneficiário específico para o recebimento deste benefício.

7.1.1. Não havendo nomeação deste beneficiário pelo segurado, a seguradora destinará a indenização pagando aos herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2, destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (CBAAT)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado Titular, limitado ao Capital Segurado contratado, de uma indenização à título de auxílio alimentação, através de crédito em cartão magnético (cartão alimentação), **em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4, das Condições Gerais.

2.2. Os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

3. DATA DO EVENTO

3.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente de trabalho.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior ao capital segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14 das Condições Gerais.

5.2. O valor correspondente as cestas básicas serão creditados no Cartão Alimentação e liberadas mensalmente enquanto perdurar o afastamento total contínuo e temporário das atividades laborativas no seguro do segurado titular, limitado ao número de cestas básicas previstas no contrato.

5.2.1. O valor do crédito do Cartão Alimentação, assim como o período de recebimento estarão expressos em na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

5.3. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

5.4. A indenização desta cobertura será feita diretamente ao Segurado Titular.

5.5. Haverá franquia de 15 (quinze) dias, ou seja, durante os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento em decorrência de evento coberto, não caberá a Seguradora qualquer responsabilidade em relação ao pagamento da indenização.

5.5.1. A indenização **será devida a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento**, inclusive, **ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia.**

5.6. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para o Segurado Titular da Apólice:

- a)** Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b)** Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura **termina**:

- a)** Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c)** Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;
- d)** No caso de morte do Segurado Titular.

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2, destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre

Conectados
para cuidar
de você



quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL PARA CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (CDAP)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Titular, limitado ao capital segurado contratado, em caso de eventos decorrentes de Acidente Pessoal coberto, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.2. O limite de idade para contratação desta cláusula é de 65 (sessenta e cinco) anos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Excluem-se ainda desta cobertura, dos riscos constantes no item 4, das Condições Gerais.

3. DATA DO EVENTO

3.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior ao capital segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14 das Condições Gerais.

5.2. Será necessário apresentação do Relatório Médico justificando a cirurgia e as Notas Fiscais originais das despesas da cirurgia, sendo que valor do reembolso estará limitado ao capital segurado estabelecido no contrato.

5.3. Se o segurado for atendido pelo seu Plano de Saúde ou pelo SUS (Sistema Único de Saúde) não terá direito a esta cobertura.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para o Segurado Titular da Apólice:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura de **Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal**, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c) Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice; e
- d) No caso de morte do Segurado Titular.

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2, destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL À GARANTIA BÁSICA

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Principal, **limitado ao capital segurado contratado**, em caso de atendimento médico, hospitalar e odontológico, **efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, sob orientação médica e odontológica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, decorrente de acidente pessoal coberto, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico, hospitalar e odontológica ao Segurado Principal, em decorrência de acidente pessoal;
- **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado Principal; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, do Segurado Principal, e em cujo nome esteja as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- **Despesa Médicas, Hospitalar e Odontológica** é aquela decorrente da hospitalização do Segurado Principal para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto;
- **Médico/Dentista Assistente** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado Principal, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica;
- **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado Principal, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico, hospitalar e odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

3. CONCEITO

3.1. Aplica-se a esta Garantia o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2, das Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente COBERTAS nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 2, alínea “a”, das Condições Gerais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4, das Condições Gerais, bem como do item 2 das Condições Especiais para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), estão também expressamente EXCLUÍDOS desta Garantia, os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes e os aparelhos que se referem à órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5.2. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Garantia as despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de:

- a) *Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;*
- b) *Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;*
- c) *Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;*
- d) *Procedimentos realizados antes do início de vigência desta Garantia;*
- e) *Internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;*
- f) *Outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar e odontológico (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);*
- g) *Procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Médico e/ou Dentista Assistente;*
- h) *Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei;*

6. GARANTIA

6.1. Esta Garantia consiste no pagamento do reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas relativas ao atendimento do Segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, **desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica-odontológica, observadas as condições contratuais.**

6.1.1. Os Capitais Segurados (limites de reembolso) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

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

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico, hospitalar e odontológico, desde que decorrente de acidente ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Garantia será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica ou odontológica apta a essa finalidade.

8.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento do reembolso, se o Segurado se recusar.

8.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto do reembolso deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20, das Condições Gerais.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado por esta Garantia estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, respeitados os valores de reembolso contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta garantia será realizado conforme disposto nos itens 14 e 14.11, das Condições Gerais.

10.2. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso das despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da seguradora.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

11.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados:

- Simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou
- Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.

11.2. Esta Garantia termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

11.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Garantia, não haverá dedução do valor contratado para a Garantia Básica.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

12.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, observado o disposto no item 11.2, destas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DC)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao próprio Segurado, em caso de nascimento de filho(a) com vida, portador de doença congênita prevista nestas Condições Gerais, desde que diagnosticada até o 6º mês de vida do recém-nascido, durante a sua vigência e devidamente coberto pelo Seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.**

1.3. Quando ambos os pais forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, a indenização será devida somente para um deles, para aquele que apresentar maior valor do Capital Segurado ou, caso o valor seja idêntico, a indenização será rateada proporcionalmente.

2. CONCEITO

2.1. Considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais que nascem com o indivíduo, resultante de má formação do organismo, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento médico especializado.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- a) Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traquéia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos órgãos sensoriais, tais como visão e audição (com exceção do paladar, olfato e tato);
- g) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores;
- h) Malformação do aparelho circulatório;
- i) Malformação do aparelho geniturinário;
- j) Deformidades dos pés (exceto pé torto);
- k) Anomalias dentofaciais;
- l) Fenda labial e fenda palatina;

m) Anomalias cromossômicas;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4. das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura:

- a) Doença congênita de conhecimento do Segurado e não informado quando da contratação do seguro;
- b) Doenças infecto-contagiosas transmitidas durante a gestação;
- c) 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;
- d) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- e) Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade na utilização ou utilização diversa daquela prevista de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde;
- f) Defeitos congênitos decorrentes de complicações do parto ou aborto;
- g) Natimorto (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto) e
- h) Defeitos congênitos decorrentes da contaminação de ascendente em razão de exposição, no ambiente de trabalho, a produtos reconhecidamente nocivos à saúde.

5. GRUPO SEGURADO

5.1. O grupo segurado é composto por filhos dos segurados recém-nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado.

5.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência desta Cobertura será de 90 (noventa) dias a partir da adesão do Segurado ao Seguro.

7. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

7.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte) do Segurado Principal, e estará

expresso na Apólice, no Certificado Individual, na Proposta de Contratação e de Adesão e no Contrato.

7.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 14. das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 14.4. e 14.12.

8.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando do pagamento da indenização.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

9.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados Principais:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;
- d) No caso de morte do Segurado.

10. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

10.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18. das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2. destas Condições Especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Estipulante ou Subestipulante o reembolso das verbas trabalhistas decorrentes da rescisão do contrato de trabalho, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento do segurado Principal durante a vigência da Apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Esta Cobertura destina-se apenas ao reembolso das verbas rescisórias relativas aos Segurados que possuam vínculo empregatício com o Estipulante ou Subestipulante.

1.3. Esta cobertura só poderá ser contratada quando o seguro for não contributivo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica do segurado principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta e no Contrato.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado quando da liquidação do sinistro, a data do falecimento do Segurado.

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 14. das Condições Gerais, devendo o Estipulante e/ou Subestipulante apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 14.4. e 14.13.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência para esta Cobertura.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a)** Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica; ou
- b)** Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

- a)** Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro ou
- c)** Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18. das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2. destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nelas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF)

1. OBJETIVO

1.1. A contratação da presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para cobertura básica (morte), no caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total, conseqüente de doença, devidamente coberta pelo seguro, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações (funções) Autônomicas do Segurado.

1.3. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

1.4. Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, **poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado.** Por ser essa cobertura uma **antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional permanente total por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

1.4.1. Não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, **observadas os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

1.5. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

1.6. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a cobertura básica (morte) e com a cobertura adicional de Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA).

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes do item 2 das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

Agravo Mórbido – Piora de uma doença.

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

Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

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

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

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

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

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

Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos – o peso e a altura do Segurado.

Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

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

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

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

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

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

Doença em Estágio Terminal - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado

definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional – Aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

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

Etiologia - Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade – Fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interagem.

Funções Autônomicas ou Relações Autônomicas - Atividades de vida diária - físicas, mentais e fisiológicas - habitualmente realizadas sem ajuda de terceiros ou de dispositivos e aparelhos, e que, uma vez comprometidas, levam à perda de existência independente do indivíduo, como, por exemplo, quanto à higiene, alimentação, locomoção, funções fisiológicas (respiração, circulação, excreção, nutrição).

Hígido – Saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Consideram-se como riscos cobertos, **observado o disposto no item 1.2. destas Condições Especiais**, a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente** de doença:

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

3.2. Consideram-se como cobertos, ainda, outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.**

3.2.1. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - **IAIF** é composto por dois documentos:

- a) **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1)**, que avalia, através de escalas, compreendendo três 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 desta Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2)**, que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4. das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou 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;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1. O valor do Capital Segurado para esta Cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a cobertura básica (morte) e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

5.2.1. Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, **a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.**

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 14.4., 14.14.1. e 14.14.2. das Condições Gerais.

6.2. É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a caracterização da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

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

6.4. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 22. das Condições Gerais.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 14 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 14.4 e 14.14.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica (morte);
ou**
- b) Em data posterior, prevista em Aditivo e no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Apólice.**

8.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente cobertura adicional;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;**
- d) Com o falecimento do Segurado.**

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 17. e 18. das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

9.2. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro.

9.2.1. Em caso de pagamento de prêmio após o cancelamento da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais que, em relação a estas têm função subsidiária.

ANEXOS 1 E 2 DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<p>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</p>	<p>1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	<p>00</p>

	<p>2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.</p>	10
	<p>3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20
<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</p>	<p>1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00
	<p>2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
	<p>3º GRAU: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° 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.</p>	00
	<p>2° 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).</p>	10
	<p>3° GRAU: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</p>	20

ANEXO 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 houve 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 sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DO AUXÍLIO FUNERAL – MORTE ACIDENTAL (AFMA)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso dos valores correspondentes às despesas do funeral, em caso de falecimento do segurado titular, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto até o limite do capital segurado contratado, ressalvar **os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.**

1.2. Entende-se por despesas com serviço funeral, aquelas que se referem, **exclusivamente**, aos elementos **fundamentais**, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

1.3. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos previstos do item 4 das Condições Gerais e decorrentes de:

- a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo reembolso das despesas do funeral, quando devido e, desde que observado o limite do capital segurado;
- b) Busca (localização) ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;
- c) Despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O capital segurado para a cobertura adicional de Auxílio Funeral será estabelecido na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

3.2. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora, a data do falecimento do segurado.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do segurado.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens 14. das Condições Gerais.

5.2. As despesas com o funeral deverão ser comprovadas mediante a apresentação das Notas Fiscais ou Faturas nominais e **serão reembolsadas a quem as tenha realizado.**

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2., destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA – MORTE ACIDENTAL (CBMA)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado Titular, em caso de sua morte acidental devidamente coberta, o pagamento de um auxílio alimentação (Cesta Básica), através de crédito em cartão magnético (cartão alimentação), observado o limite do capital segurado, bem como ressaltados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato.

1.2. Esta cobertura adicional **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filhos, incluídos por Garantia Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4., das Condições Gerais.

3. DATA DO EVENTO

3.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data da morte acidental do segurado titular.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior ao capital segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14. das Condições Gerais.

5.2. O valor do crédito do Cartão Alimentação, assim como o período de recebimento estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

5.3. O pagamento do capital segurado será realizado em uma única parcela.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para o Segurado Titular da Apólice:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta Cobertura termina:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c) Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice; e
- d) No caso de morte do Segurado Titular.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. O segurado deverá nomear um beneficiário específico para o recebimento deste benefício.

7.1.1. Não havendo nomeação deste beneficiário pelo segurado, a seguradora destinará a indenização pagando aos herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2., destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento do respectivo Capital Segurado aos beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência exclusiva de acidente coberto pelo seguro, **observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

2. CONCEITO

2.1. Aplica-se a esta cobertura o conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2. das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura os eventos mencionados no item 4 das Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta **cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica** e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

5.2. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento da Cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a Cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental.

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto nos itens 13. e 14. das Condições Gerais, devendo o beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 14.4.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou**
- b) Em data posterior, prevista em Aditivo se contratada após o início de vigência da Apólice.**

7.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento do seguro ou da presente cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) Com a morte do Segurado.**

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

8.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18. das Condições Gerais, e no item 7.2. destas Condições Especiais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES – DMH

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL À COBERTURA BÁSICA.

NÃO PODERÁ SER CONTRATADA JUNTAMENTE COM A COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Principal, **limitado ao capital segurado contratado**, em caso de atendimento médico e/ou hospitalar efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, decorrente de acidente pessoal coberto, observados os demais itens destas Condições Especiais de Cobertura Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2. das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico e/ou hospitalar ao Segurado Principal, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado Principal; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas e/ou hospitalares, do Segurado Principal, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- **Despesas Médicas e Hospitalares** são aquelas decorrentes da hospitalização do Segurado Principal para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado Principal, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado Principal, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico e/ou hospitalar, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado;

3. CONCEITO

3.1. Aplica-se a esta Cobertura o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 das Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2., alínea “a”, das Condições Gerais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4. das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura Adicional, os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

5.2. Estão ainda expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura Adicional as despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:

- a) *Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intraoperatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;*
- b) *cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;*
- c) *enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;*
- d) *procedimentos realizados antes do início de vigência desta Cobertura;*
- e) *internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;*
- f) *outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);*
- g) *procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;*
- h) *tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado Principal, de atos ilícitos ou contrários a lei e*
- i) *perda de dentes e danos estéticos.*

6. COBERTURA

6.1. Esta Cobertura consiste no pagamento do reembolso de despesas médicas ou hospitalares relativas ao atendimento do Segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, observadas as condições contratuais.

6.1.1. Os Capitais Segurados (limites de reembolso) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

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

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico ou hospitalar, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento assegurado pela presente Cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

8.2. É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a configuração do evento, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito ao reembolso.

8.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto do reembolso deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23. das Condições Gerais.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado por esta Cobertura estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, no Contrato, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato.

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 14. das Condições Gerais.

10.2. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

11.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica; ou**
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro; e**
- c) Com o falecimento do Segurado.**

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18. das Condições Gerais, observado o disposto no item 11.2. destas Condições Especiais de Cobertura Adicional.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Estas Condições Especiais de Cobertura Adicional fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir na forma a seguir indicada, o pagamento do respectivo Capital Segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Considera-se como **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**, a perda ou impotência funcional definitiva e total do(s) membro(s) ou órgão(s) relacionado(s) no item 1.3. desta condição especial, causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.3. Para efeito deste Seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total por Acidente” as lesões que resultem em:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável;
- Nefrectomia bilateral.

1.4. Em caso de membros ou órgãos que sejam anatomicamente bilaterais, a invalidez permanente só será considerada como total quando houver comprometimento bilateral.

2. CONCEITO

2.1. Aplica-se a esta cobertura o conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2. das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos mencionados no item 4.2. das Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com a cobertura de morte. Com o pagamento da indenização por invalidez, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, não tendo mais nada a reclamar em relação a este seguro, mesmo que venha a morrer em decorrência do mesmo acidente.

5.2. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura deverá ser comprovada **mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade**, juntamente com os demais documentos elencados no item 14. e 14.16. das Condições Gerais.

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

7.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.

7.2. Esta Garantia termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

7.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Garantia, não haverá dedução do valor contratado para a Garantia Básica.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nelas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre

Conectados
para cuidar
de você



quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão automática do cônjuge, do Segurado Titular, no seguro, **exclusivamente** na(s) Cobertura(s) Morte e Morte Acidental.

1.2. Para fins desta Cláusula, **somente será permitida a contratação da(s) cobertura(s) do item 1.1. desta cláusula suplementar, desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.**

1.3. Para os efeitos desta Cláusula, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), desde que comprovada a união estável, por ocasião da ocorrência do sinistro.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:

- **Se encontrar em boas condições de saúde e**
- **Atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.**

2.2. A inclusão e permanência do cônjuge no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados dos cônjuges, incluídos por esta cobertura, **não poderão ser superiores** aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte devida por esta cobertura suplementar será sempre o Segurado Titular.

4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do cônjuge, o Capital Segurado referente à cobertura do cônjuge será pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14. das Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para o Segurado dependente da Apólice:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura de inclusão automática de cônjuge; ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c) Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;
- d) No caso de morte do Segurado Titular.

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2., destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. A presente cobertura terá âmbito de cobertura em todo o globo terrestre.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão automática do filho, do Segurado Titular, **exclusivamente**, na(s) Cobertura (s) Morte e Morte Acidental.

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da(s) Cobertura(s) do item 1.1. desta cláusula suplementar desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.

1.3. Para os efeitos desta Cláusula, **são considerados e/ou equiparados a filhos**, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

- Filho (a) ou enteado (a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

1.3.1. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

1.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Titular, do mesmo Grupo Segurado, **os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado**, sendo este denominado Segurado Titular para efeito desta Cláusula.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderão participar do seguro os filhos que:

- Se encontrarem em boas condições de saúde, e
- Dependem economicamente do Segurado Titular.

2.2. A inclusão e a permanência do filho no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados do filho, incluído por esta Cláusula, **não poderão ser superiores** ao contratado para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

3.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura observará o disposto no item 6.2.5., das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte prevista nesta Cláusula será o Segurado Titular.

4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do filho, a indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURO

5.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o disposto no item 14. das Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para o Segurado dependente da Apólice:

- a)** Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura de inclusão automática de filhos, ou
- b)** Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura **termina**:

- a)** Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura adicional;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Titular do seguro;
- c)** Quando o Segurado Titular solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;
- d)** No caso de morte do Segurado Titular.

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17. e 18., das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2., destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. A presente cobertura terá âmbito de cobertura em todo o globo terrestre.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos

existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

- **FALE CONOSCO**

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

- **OUIDORIA**

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

- ✓ **Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:**

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

- ✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

Pelo site: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.

Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed - Ouvidoria
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901

Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

**Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901**