

## 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 04/2016

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, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido 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](http://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.** As coberturas deste seguro dividem-se em Básicas e Adicionais.

#### **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 e são 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 (AF)
- 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)

#### **3.2. Cláusulas Suplementares:**

- Inclusão Automática de Cônjuge e
- Inclusão Automática de Filho

**3.3.** O Estipulante e/ou Subestipulante deverão informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a **básica obrigatória** e as demais 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** deste seguro 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 de conhecimento do Segurado;**
- d) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme legislação em vigor;**
  - d.1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;**
- 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 ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;**
- 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.**

## **5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA**

**5.1.** Este Seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, sejam naturais ou acidentais, exceto para as coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária, Diárias por Internação em UTI, Cirurgia decorrente de Acidente Pessoal, Auxílio Funeral e Cesta Básica por Afastamento por Acidente de Trabalho, as quais terão cobertura somente em território nacional (Brasil).

## **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 traslado;**
- 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.**

## 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 (hum) 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. acima.

**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.

**12.2.** 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.** Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados devidos por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPC-A/IBGE, desde a data da última atualização 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 Cobertura Básica, 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 14.14 e seguintes, destas Condições Gerais:

- Relação do FGTS (GFIP e SEFIP) do mês da ocorrência;
- 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;
- 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) (em caso de Cesta Básica);
- Data efetiva do sinistro (se Morte Acidental/IPA/a data do acidente; se Morte Natural a data do óbito);

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

#### **14.5. Documento para cobertura do Auxílio Funeral**

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do **Segurado**;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento;
- 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 atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado);
- Para beneficiário pessoa jurídica: cópia do contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço atualizado em até 60 dias, 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)**

**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 médico 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. 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;
- 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.**

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

**14.14.** 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.

**14.15.** 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.

**14.16.** 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 e Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal 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 aceite 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 Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://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.

## **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.

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, 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;**

**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.

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

<b>TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE CAPITAL SEGURADO</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
Perda total da visão de ambos os olhos	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>
Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	<b>100</b>
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>
Alienação mental total e incurável	<b>100</b>
Nefrectomia bilateral	<b>100</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS</b>	
Perda total da visão de um olho	<b>30</b>
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>
Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
Mudez incurável	<b>50</b>
Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>

Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	
Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
Anquilose total de um dos ombros	<b>25</b>
Anquilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
Anquilose total de um dos punhos	<b>20</b>
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>09</b>
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>09</b>
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	<b>equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>
Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>

Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	<b>25</b>
Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>
Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
Anquilose total de um dos joelhos	<b>20</b>
Anquilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
Anquilose total de um quadril	<b>20</b>
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>
Amputação de qualquer outro dedo	<b>03</b>
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	<b>equivalente ½ do respectivo dedo</b>
- Perda dos demais dedos	<b>equivalentes a ⅓ do respectivo dedo</b>
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>
- De 4 (quatro) centímetros	<b>10</b>
- De 3 (três) centímetros	<b>06</b>
- Menos de 3 (três) centímetros	<b>sem indenização</b>
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	<b>10</b>

Em grau médio	<b>20</b>
Em grau máximo	<b>30</b>
<b>NARIZ</b>	
Perda total do nariz	<b>25</b>
Perda total do olfato	<b>07</b>
Perda do olfato com alterações gustativas	<b>10</b>
<b>APARELHO VISUAL</b>	
Diplopia	<b>15</b>
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	<b>07</b>
Unilateral com fístulas	<b>15</b>
Bilateral	<b>14</b>
Bilateral com fístulas	<b>25</b>
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	<b>03</b>
Ectrópio bilateral	<b>06</b>
Entrópio unilateral	<b>07</b>
Entrópio bilateral	<b>14</b>
Má oclusão palpebral unilateral	<b>03</b>
Má oclusão palpebral bilateral	<b>06</b>
Ptose palpebral unilateral	<b>05</b>

Ptose palpebral bilateral	<b>10</b>
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
Perda da palavra (mudez incurável)	<b>50</b>
Perda de substância (palato mole e duro)	<b>15</b>
Amputação total da língua	<b>50</b>
Parcial - menos de 50%	<b>15</b>
mais de 50%	<b>30</b>
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Perda total de uma orelha	<b>08</b>
Perda total das duas orelhas	<b>16</b>
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>	
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.	
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	<b>15</b>
Cistostomia (definitiva)	<b>30</b>
Incontinência urinária permanente	<b>30</b>
Perda de um rim:	
Função renal preservada	<b>30</b>
Redução da função renal (não dialítica)	<b>50</b>
Redução da função renal (dialítica)	<b>75</b>



APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	<b>10</b>
Perda de dois testículos	<b>30</b>
Amputação traumática do pênis	<b>50</b>
Perda do útero antes da menopausa	<b>40</b>
Perda do útero depois da menopausa	<b>10</b>
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	<b>10</b>
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	<b>15</b>
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	<b>15</b>
Paralisia de uma corda vocal	<b>10</b>
Paralisia de duas cordas vocais	<b>30</b>
Traqueostomia definitiva	<b>40</b>
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	<b>10</b>
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	<b>15</b>
Redução em grau mínimo da função respiratória	<b>25</b>
Redução em grau médio da função respiratória	<b>50</b>
Insuficiência respiratória	<b>75</b>

<b>MAMAS</b>	
Mastectomia unilateral	<b>10</b>
Mastectomia bilateral	<b>20</b>
<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	<b>20</b>
Gastrectomia total	<b>40</b>
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	<b>20</b>
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	<b>40</b>
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	<b>20</b>
Colectomia total	<b>40</b>
Colostomia definitiva	<b>40</b>
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	<b>30</b>
Incontinência fecal com prolapso	<b>50</b>
Retenção anal	<b>10</b>
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	<b>10</b>
Lobectomia com insuficiência hepática	<b>50</b>
Extirpação da vesícula biliar	<b>07</b>

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 não se acumula com a cobertura básica (morte) e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA).**

**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.**

## 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 medicocientífica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- g) 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, constante do item 2, das Condições Gerais.**

**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](http://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 (AF)

### 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.**

### 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

**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.

### 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 (CB)**

### **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 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 necessária 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 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.

## 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 Cobertura Básica – morte;

1.2. **Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da cobertura acima.**

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 Cobertura Básica - morte.

**1.2.** Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da Cobertura Básica.

**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
- dependerem 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 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 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 para solucionar dúvidas sobre os produtos, solicitar 2ª via de boleto e extrato e fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: [atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br](mailto:atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br)

### • **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: [relacionamento@segurosunimed.com.br](mailto:relacionamento@segurosunimed.com.br)

### • **FALE CONOSCO**

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

[www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br)

### • **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/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/) e preencha o formulário.

Por e-mail: [ouvidoria@segurosunimed.com.br](mailto: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**