

ATENÇÃO

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

Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO UNIMED VIDA EM GRUPO Contratação Coletiva – Versão 12/2016

Reg. SUSEP- Nº 15414.002442/2007-81

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, 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;
- 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) **Infeções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- g) **Queda n'água ou afogamento.**

b) não se incluem nesse 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. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- **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, definida neste item;**

Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado, e que é integrado por estas condições gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro e é entregue ao Estipulante;

Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, do Segurado Principal, o beneficiário será o próprio Segurado Principal, observado o disposto no item 4 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Bônus é um benefício financeiro concedido ao Segurado quando do pagamento de uma indenização. Este bônus equivale ao acréscimo do valor de uma diária na referida indenização, desde que se verifique, simultaneamente:

- a) Duas renovações prévias e consecutivas deste contrato de seguro e;
- b) Inocorrência de sinistro coberto neste período.

O acúmulo dos bônus, a cada duas renovações consecutivas, será gradativo e limitado a 5 dias. A indenização por parte da Seguradora eliminará o bônus acumulado. Para reiniciar novo ciclo de contagem do bônus, o Segurado deverá permanecer vinculado ao seguro por mais duas renovações consecutivas, e assim sucessivamente, sem registro de ocorrência de sinistro coberto.

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação e ou na Proposta de Adesão.
Nenhuma indenização 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.

Certificado Individual do é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais;

Cláusula Suplementar: cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no 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, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual;

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 conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários;

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações das partes;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros;

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, não declarados na Proposta de Adesão;

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 nas condições contratuais do Seguro;

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;

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;

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

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas;

Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;

Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;

Proposta de Adesão é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento destas Condições Gerais;

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;

Riscos Excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Especiais;

Segurado Principal é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante regularmente aceita e incluída no seguro;

Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do(a) Segurado(a) Principal regularmente incluídos no seguro, observado o disposto no item 1.3 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho, respectivamente;

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;

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares.

3.1.1. Cobertura Básica:

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

3.1.2. Coberturas Adicionais

- Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF);
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- Renda por Incapacidade Temporária – SERIT - Módulo A;
- Renda por Incapacidade Temporária – SERIT - Módulo B;
- Auxílio Medicamento (AM)
- Doenças Congênitas (DC)
- Auxílio Funeral (AF)
- Auxílio Funeral Familiar (AFF)
- Rescisão Contratual (RC)
- Doenças Graves (DG)

3.1.2.1 A cobertura para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser contratada com **adicional de majoração**, à opção do Estipulante, mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, conforme previsto nas Condições Especiais da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente por Acidente Majorada.

3.1.2.2. A cobertura adicional de Rescisão Contratual só poderá ser contratada quando o seguro for não contributivo.

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge
- Inclusão Facultativa ou Automática de Filho

3.2. Quando o Segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.3. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Cobertura Básica, as Coberturas Adicionais e Suplementares, previstas no item 3.1.2 e 3.1.3 destas Condições Gerais.

3.4. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a **básica obrigatória e as demais facultativas.**

3.4.1. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e serão reguladas pelas respectivas Condições Gerais, Condições Especiais e no Contrato.

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 ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- d) Suicídio e suas tentativas, ocorrido nos dois primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;**
- e) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- f) **Prática, por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;**
 - f.1) **nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**
- g) **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- h) **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;**
- i) **Agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- j) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Doença (IPA), de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM) e de Indenização Especial por Morte Acidente (IEA) 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) **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) **Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) **Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- f) **Choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) **Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- h) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham**

relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – 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;

- i) Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- k) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e
- l) Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, sejam naturais ou acidentais, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

6.1.2. A recepção da proposta se dará mediante protocolo fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.1.3. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

6.1.3.1 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.

6.1.3.2. 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 do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais.** A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.3.1 acima.

6.1.4. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada automaticamente aceita.

6.1.4.1. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.

6.1.5. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante, justificando a recusa, **e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura,** atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.1.6. 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 6.1.3 destas Condições Gerais.**

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do Seguro.

6.2.1.1. A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.2.1.2. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.2.2. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco individual, se encontrarem em:

- **boas condições de saúde e**
- **condições de exercer atividade laborativa.**

6.2.3. A inclusão de componentes dependentes far-se-á das seguintes formas:

- a) **Automática** - quando o Seguro abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais, bem como os filhos e equiparados, considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o disposto na respectiva cláusula suplementar;
- b) **Facultativa** – quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger o seu cônjuge, conforme disposto na respectiva cláusula suplementar.

6.2.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge/companheira(o) e de seus filhos, ao solicitar suas inclusões no seguro.

6.2.5. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, **os filhos serão incluídos uma única vez**, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cobertura.

6.2.6. Os aposentados poderão participar do seguro, **exceto da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT**, pagando eles próprios ou o Estipulante seus respectivos prêmios, **desde que não tenham sido aposentados por invalidez, que continuem exercendo atividade laborativa e que haja concordância do Estipulante.**

6.2.7. Os Segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da apólice, poderão continuar no seguro, **desde que os prêmios continuem sendo pagos integralmente e haja concordância do Estipulante, exceto para as Coberturas de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT e de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, observado o disposto no item 13 das Condições Especiais da Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT e no item 8 das Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.**

6.2.7.1. Nessa hipótese o Segurado deverá preencher uma nova Proposta de Adesão, a qual estabelecerá, entre outros parâmetros, as novas coberturas que poderão ser contratadas e os valores dos prêmios.

6.2.8. 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 do trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante, observado o disposto no item 6.2.2.

6.2.9. A Seguradora terá **prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

6.2.10. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do dia útil subsequente ao 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 6.2.9.

6.2.11. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada automaticamente aceita.

6.2.12. Aceita a Proposta de adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do certificado individual ao Segurado.

6.2.13. A não aceitação da proposta de adesão, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao proponente, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.2.14. 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 6.2.9 destas Condições Gerais.**

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

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

7.1.2. O início de vigência da Apólice se dará na data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou na data de recepção da Proposta, pela Seguradora, caso seja aceita, se esta for recebida juntamente com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio.

7.1.3. A apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário**, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término de vigência.

7.1.3.1. A renovação automática, prevista no item 7.1.3 e seguinte, **só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.**

7.1.4. Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

7.2.2. A vigência do seguro, **desde que aceita a proposta de adesão**, terá início:

- Na data constante da apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;
- No 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da proposta de adesão, para os demais;
- Em outra data, se definida no Contrato.

7.2.2.1. Se as Propostas de Adesão forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, caso sejam aceitas.

7.2.2.2. O início e término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b) Capitais Segurados das coberturas contratadas; e
- c) Valor do prêmio total.

8.2. Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.

8.3. A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. A Seguradora poderá adotar carência para a cobertura de Morte Natural, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência da apólice, e constará na Proposta de Adesão, na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual do Segurado.

9.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do segurado ao Seguro.

9.3. O presente seguro não prevê a adoção de franquia, **exceto para a Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT, conforme disposto nas respectivas Condições Especiais.**

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o contrato, o custeio pode ser:

- Não contributivo: em que os Segurados não pagam o prêmio; ou
- Contributivo: em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

10.2. A forma de custeio constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do Contrato.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1. É da **responsabilidade do Estipulante a quitação**, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

11.1.1. 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.

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

11.1.3. 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.

11.2. É **vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.**

11.3. É **vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

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

11.5. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12 destas Condições Gerais, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

12.1. A falta de pagamento do prêmio, seja ou não contributário o seguro, até o vencimento, não acarretará a suspensão automática das coberturas que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 12.1.1.

12.1.1. O Estipulante, 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, que não será inferior a 10 (dez) dias, contado da notificação.**

12.2. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos. Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.3. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, 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 nos itens 12.1.1.**

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada constará a Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, e do Certificado Individual e do Contrato.

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

13.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, para a cobertura básica, a data do falecimento.

13.2.2. Para as coberturas adicionais, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. O Capital Segurado 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 (sessenta) dias da data da atualização.

14.1.1. Alternativamente ao critério de atualização previsto no item 14.1, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial ou proventos dos Segurados, a ser definido no Contrato.

14.1.1.1. No caso de Capital Segurado múltiplo salarial, será aplicada atualização pelo mesmo índice da atualização do salário ou do provento do Segurado, respeitadas as normas legais.

14.1.2. Ficará definido no Contrato o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens 14.1 e 14.1.1 destas Condições Gerais.

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

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

14.4. Na falta ou extinção do índice IPC-A/IBGE, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

15. OCORRÊNCIA DO EVENTO

15.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora**, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, **logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais.**

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, **deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.**

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

16.2.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

16.3. 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.**

16.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo, observado o disposto no item 16.7 e seguinte destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e, quando for o caso, com assinatura do Segurado;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, em caso de morte acidental;
- Cópia do Laudo do I.M.L., em caso de morte acidental;
- 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;

16.4.1. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente Majorada, quando contratadas, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, mais relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- Diagnóstico
- Alta definitiva
- Tratamento usado
- Grau de invalidez
- Reconhecimento do estado de invalidez permanente total ou parcial

16.4.2. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida:
 - a) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - b) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

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

16.4.2.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

16.4.3. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, serão necessários mais os seguintes documentos:

- Declaração do Imposto de Renda que comprove a principal renda percebida pelo segurado dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento;
- Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:
 - De Qualificação Civil;
 - Do registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);
 - Anterior a do Contrato de Trabalho;
 - Posterior a do Contrato de Trabalho.
- Cópia do recolhimento do INSS dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo);
- Cópia do recibo de recolhimento Carnê Leão dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo) e
- DECORE (Declaração comprobatória de percepção de rendimentos), quando autônomo.

16.4.4. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (Módulo A e B), quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- 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;
- Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;
- 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.**

16.4.5 Para a Cobertura Adicional de Auxílio Medicamentos, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, o segurado deverá providenciar os seguintes documentos:

- Laudo médico constando diagnóstico e tratamentos realizados;

- Comprovantes originais das despesas com medicamentos, acompanhada do pedido médico/prescrição (receituário com carimbo, CRM e CPF);

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;
- Devem ser fornecidos os dados bancários do responsável pelo pagamento.

16.4.6. Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, o segurado deverá providenciar os seguintes documentos:

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

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

16.4.7. Para as Coberturas Adicionais de Auxílio Funeral (AF) ou Auxílio Funeral Familiar (AFF), quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, o reembolso será feito a quem realizou as despesas previstas neste seguro, que deverá enviar mais os seguintes documentos:

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

16.4.7.1. No caso de crédito em conta corrente, o credor do reembolso deverá enviar solicitação formal para crédito em conta, informando os dados da conta corrente: número e nome do banco, número e nome da agência e número da conta corrente.

16.4.8 Para a Cobertura Rescisão Contratual, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, serão necessários:

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

16.4.9 Para a Cobertura Doenças Graves, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, serão necessários:

- Declaração médica emitida por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes ao Segurado, que conste qualquer doença ou procedimento, relacionada no item 3 das condições especiais.

16.4.10. Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s);

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um, **mais:**
- Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada e emitida após a data do óbito;
- Companheira(o): prova de “união estável”;

No caso de beneficiários menores ou incapazes:

- Menores sujeitos ao **poder familiar**: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- Menores sujeitos à **tutela**: cópia da certidão de nascimento do menor e termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- Maiores sujeitos à **curatela**: cópia da certidão de nascimento do maior e termo de curatela e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

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

16.6. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

16.7. 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.

16.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, **o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.4 será suspenso**, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

16.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 16.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- Juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 16.4 destas Condições Gerais;
- 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 e
- Multa de 2% (dois por cento).

16.8.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) Inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) 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;**
- c) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato e**
- d) Não fornecimento da documentação solicitada.**

17.1.1. Perderá, também, o direito à indenização o Segurado que impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

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

17.2.2. O cancelamento do seguro, referido no item 17.3, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

17.3. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

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

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

18.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, **desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela**

Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.

18.2. A substituição só poderá ser efetuada se o Segurado Principal não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

18.3. Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago de acordo com o que estabelece o art. 792 do Código Civil brasileiro.

18.4. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Invalidez Laborativa Permanente por Doença, Renda por Incapacidade Temporária – SERIT, todas do Segurado Principal, bem como as coberturas de Auxílio Medicamento – AM e de Doenças Congênitas – DC, o beneficiário será o próprio Segurado Principal.

18.5. Para o caso de morte do Segurado dependente, incluído por Cláusula Suplementar, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

18.5.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do cônjuge, o Capital Segurado referente à cobertura do cônjuge será paga aos herdeiros legais deste.

18.6. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, do Segurado Dependente, incluído por Cláusula Suplementar, o beneficiário será o próprio Segurado Dependente.

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

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

19.1. 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 Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, observado o disposto no item 19.2 destas Condições Gerais;
- c) Quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d) Quando o Segurado Principal deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;
- e) Com o falecimento do Segurado Principal ou com o recebimento da totalidade do capital segurado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, por Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença ou Doenças Graves;
- f) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 20 destas Condições Gerais.

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

19.2. Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, **desde que haja concordância do Estipulante.**

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. A apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a sua vigência, nas seguintes hipóteses:

- a) Por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;
- b) Se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- c) Se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- d) Quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora;
- e) Por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

e.1) Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de ¾ 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.

20.2. O Seguro individual também será cancelado:

- a) 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;
- b) Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou seus representantes legais;
- c) Por mútuo e expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora e
- d) Automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

20.3. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.4. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.5. A cobertura dos Segurados Dependentes, incluídos por cláusula suplementar, será cancelada nos seguintes casos:

- a) Automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) Automaticamente, no caso da perda de 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 Principal;
- d) Quando desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora;
- e) Com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar.

20.5.1. Os prêmios eventualmente pagos após a comunicação da dissolução da sociedade conjugal, ou da união estável, serão devolvidos ao Segurado Principal.

21. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

21.1. 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.

21.1.1. 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.

22. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

22.1. 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.

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

22.1.2. 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.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. 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:

- 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;
- Dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais das coberturas adicionais e das cláusulas suplementares, enviando-lhes cópia integral;
- 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.

24. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais, as Cláusulas Suplementares e o Contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

25. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

25.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

25.2. À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

25.3. Qualquer alteração na apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, bem como a alteração das taxas de seguro, **dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

25.4. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso.

26. PRAZOS PRESCRICIONAIS

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

27.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao final da vigência, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das condições contratuais.

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

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora.

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

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

1. COBERTURA

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. DATA DO EVENTO

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto nos itens 15 e 16 das Condições Gerais, devendo o beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 16.4 e 16.4.9.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

7.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

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

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

8.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, e no item 7.2 destas Condições Especiais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE 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 de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado, ao próprio Segurado, em caso de invalidez permanente parcial ou total 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 das Condições Gerais, destas Condições Especiais 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.

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 7 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 percentual 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 comprometido e/ou lesionado antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

1.8. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, NÃO dão direito à indenização por invalidez permanente.

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. DATA DO EVENTO

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

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 e 16.4.1 das Condições Gerais.

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

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

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta **Cobertura não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, do Segurado Principal**, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

6.2. 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.**

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

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

6.5. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item 7 destas Condições Especiais, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga pela Seguradora e o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte acidental.

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100

Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25

Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20

Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente ½ do respectivo dedo
- Perda dos demais dedos	equivalentes a ⅓ do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	06
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10

APARELHO VISUAL	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50

Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50

Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20

ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	7
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20

Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5
PERDA DO BAÇO	15

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 16.4 e 16.4.1.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA 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 e no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o recebimento integral do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente Total por Acidente.

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

10.1. Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado, ao próprio Segurado, em caso de sua 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**, caso o acidente resulte em:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos dedos polegares;
- Perda total da visão de um dos olhos;
- Perda total incurável dos dois ouvidos.

1.2. Excluem-se desta cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item anterior.

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

1.4. Esta cobertura somente pode ser contratada como adicional à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. DATA DO EVENTO

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

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez por Acidente Majorada prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 e 16.4.1 das Condições Gerais.

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

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

5.3. 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 22 das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O valor do Capital Segurado por esta cobertura **será igual** ao Capital Segurado da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e estará expresso na Apólice, no Contrato, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

6.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da invalidez prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional será automática quando da ocorrência do sinistro.

6.2.1. **As indenizações por Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o valor da indenização ficará reduzido à diferença entre a importância segurada para a presente Cobertura e a indenização paga em razão de invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.**

6.2.2. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento desta cobertura, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a cobertura de morte acidental.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do capital segurado, devido por esta Cobertura, será realizado conforme disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.1.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados, simultaneamente, com o início de vigência da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

8.2. A vigência desta Cobertura se encerra nas hipóteses previstas no item 9 destas Condições Especiais.

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

9.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, bem como nas seguintes hipóteses:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro e**
- c) Com o falecimento do Segurado ou com recebimento do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente Total por Acidente.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

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

1.6. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a cobertura básica (morte) e com as coberturas adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA).

2. DEFINIÇÕES

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

Agravo Mórbido – Piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dados Antropométricos – o peso e a altura do Segurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença em Estágio Terminal - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

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

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

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

Etiologia - Causa de cada doença.

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

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

Hígido – Saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

- a) **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1)**, que avalia, através de escalas, compreendendo três graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos). O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. **O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.** Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes desta Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2)**, que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

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

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

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 e 16.4.2 das Condições Gerais.

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

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

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

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.2.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

8.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

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

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO	<p>1º GRAU:</p> <p>O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00

SEGURADO	<p>2° GRAU:</p> <p>O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</p>	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. COBERTURA

1.1. A contratação da presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que o requeira, o pagamento antecipado de até cem por cento do Capital Segurado contratado para cobertura básica (morte), no caso de sua Invalidez Laborativa Permanente e Total, exclusivamente consequente de doença, devidamente coberta pelo seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais, do Contrato, da Proposta de Contratação e da Apólice, quanto aos percentuais de Capital Segurado contratado.**

1.2. 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.

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

1.3. 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.

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

1.4.1. Se, nessas condições, houver a contratação, verificada a hipótese, a Seguradora devolverá o(s) prêmio(s) pago(s) para esta Cobertura.

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

1.6. 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 contratado o percentual de cem por cento do capital segurado e 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.

1.6.1. 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.**

1.6.2. Caso o capital contratado seja inferior a cem por cento da cobertura básica (morte), após o pagamento da indenização, o seguro continuará em vigor, com o Capital Segurado remanescente para a cobertura básica.

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

1.8. Os Capitais Segurados das coberturas de morte (básica), de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA) não se acumulam.

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 e
- j) Choque anafilático e suas consequências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1. O valor do Capital Segurado para esta Cobertura estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato.

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

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

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Laborativa Permanente por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 e 16.4.3 das Condições Gerais.

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

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

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

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.3.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:
a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou

b) Em data posterior, prevista em Aditivo e no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Apólice.

8.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

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

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT
PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL AO SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

SÃO 2 OPÇÕES PARA ESTA COBERTURA: MÓDULO A E MÓDULO B, CUJAS DIFERENÇAS CONSISTEM EM COBERTURAS E EXCLUSÕES.

MÓDULO A

1. OBJETIVO

1.1. A presente **cobertura adicional**, desde que contratada, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, **em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

2. DEFINIÇÕES

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

- **Capital Segurado** é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, 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;
- **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 10 (dez) dias de afastamento por evento coberto;
- **Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;
- **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;
- **Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

3.1. Observado o disposto no item 6.2 das Condições Gerais, somente serão aceitos os componentes do grupo segurável que, na data da assinatura da proposta de adesão:

- a) **Estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta cobertura, em território brasileiro;**
- b) **Tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos e**
- c) **Estejam em boas condições de saúde.**

4. COBERTURA

4.1. Esta cobertura prevê o pagamento ao Segurado de uma indenização, compatível com a perda de renda que vier a sofrer e limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, de todas as atividades remuneradas, por doença ou acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário contratado.

4.2. O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato a título de Renda Mensal, devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado. A Renda diária (ou Capital Segurado diário) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

4.3. A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a cobertura básica, observado o limite de comercialização definido pela Seguradora e o disposto no item 4.2 acima.

4.4. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante do Certificado Individual, da Proposta de Adesão e do Contrato, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 8 destas Condições Especiais, e será de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.5. A indenização será devida a partir do 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- e) Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta cobertura ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta cobertura;
- f) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- g) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;
- h) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- i) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- j) Tratamento odontológico e ortodôntico e
- k) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

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

6. CARÊNCIAS

6.1. As coberturas previstas nestas Condições Especiais somente passam a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir da adesão do Segurado ao Seguro:

a) 180 dias para eventos decorrentes de:

- Lesões classificadas sob nomenclatura de L.E.R. – Lesão Por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo ou L.T.C. - Lesões por Trauma Contínuo ou Continuado que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº1.339/1999.
- Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral. Se forem de

causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não haverá carência.

- Patologias de coluna de quaisquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
- Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

b) 30 dias para eventos decorrentes de doença, não previstos neste item, alínea “a”, acima.

c) não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.

6.2. Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, as carências, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão:

- a) 180 dias** para os eventos previstos na alínea “a”, do item 6.1 destas Condições Especiais;
- b) 90 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos na alínea “a”, do item 6.1, destas Condições Especiais;
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para a hipótese de tentativa de suicídio ocorrida nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

7. FRANQUIA

7.1. O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento, do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

8.1. 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.

8.2. Independentemente do período de afastamento prescrito, observar-se-á que o período de indenização fica limitado a 60 (sessenta) dias, durante a vigência anual do contrato para:

- a) Caberá indenização para **diferentes patologias de grupos diferentes** que justifiquem o afastamento até esse limite, mesmo que ocorram em eventos diferentes.
- b) Não caberá mais de uma indenização para patologias de **um mesmo grupo**, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

GRUPO 1

a) LER/DORT/LTC – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:

- Síndrome cervicobraquial (M53.1).
- Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
- Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estilóide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
- Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
- Fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
- Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrite do ombro (M75.0)).
- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
- Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
- Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
- Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
- Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
- Doença de Kienböck do adulto (osteochondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).

b) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).

c) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral.

GRUPO 2

a) PATOLOGIAS DE COLUNA - De qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e

suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.

- b) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.

GRUPO 3

Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.

GRUPO 4

Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

8.2.1. Os períodos de afastamento relativos aos eventos mencionados no item 8.2 destas Condições Especiais, **serão considerados no cômputo do período indenitário contratado.**

8.3. 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.

8.4. 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 22 das Condições Gerais.

9. DATA DO EVENTO

9.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.4.

10.2. 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 16.4 das Condições Gerais.

10.3. 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.

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

11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. 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.

11.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0.5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

12. ALTERAÇÃO DE VALORES

12.1. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 4 destas Condições Especiais.

12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 7.1.5 das Condições Gerais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

13.1. Esta cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b) Em data posterior, prevista no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Cobertura básica.

13.2. Esta cobertura termina:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais;
- b) Sempre que for cancelada a cobertura básica.

13.2.1. Esta cobertura termina, independentemente da continuidade da vigência da cobertura básica e das demais coberturas adicionais, nas seguintes hipóteses:

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

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT

SÃO 2 OPÇÕES, PARA ESTA COBERTURA: MÓDULO A E MÓDULO B, CUJAS DIFERENÇAS CONSISTEM EM COBERTURAS E EXCLUSÕES.

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL AO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

MÓDULO B

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, **em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

2. DEFINIÇÕES

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

Capital segurado é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

- **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, 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;
- **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 10 (dez) dias de afastamento por evento coberto;
- **Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;
- **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;
- **Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

3.1. Observado o disposto no item 6.2 das Condições Gerais, somente serão aceitos os componentes do grupo segurável que, na data da assinatura da proposta de adesão:

- a) **Estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta cobertura, em território brasileiro;**
- b) **Tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos e**
- c) **Estejam em boas condições de saúde.**

4. COBERTURAS OFERECIDAS PELO SEGURO

4.1. Esta cobertura prevê o pagamento ao Segurado de uma indenização, compatível com a perda de renda que vier a sofrer e limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, de todas as atividades remuneradas, por doença ou acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário contratado.

4.2. O Capital Segurado será aquele indicado na apólice, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato, a título de Renda Mensal, devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado. A Renda diária (ou Capital Segurado diário) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

4.3. A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a cobertura básica, observado o limite de comercialização definido pela Seguradora e o disposto no item 4.2 acima.

4.4. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante do Certificado Individual, da Proposta de Adesão e do Contrato, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 8 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.5. A indenização será devida a partir do 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- e) Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta cobertura ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta cobertura;
- f) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- g) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;
- h) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas;
- i) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- j) Tratamento odontológico e ortodôntico;
- k) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- l) LER/DORT/LTC – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:
 - Síndrome cervicobraquial (M53.1).
 - Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
 - Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estileide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
 - Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
 - Fribromatose de fáscia palmar: contratatura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
 - Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrose do ombro (M75.0)).

- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
 - Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
 - Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-)).
 - Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
 - Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
 - Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1)).
- m) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
- n) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escapuloumeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não será risco excluído.
- o) Patologias de coluna de quaisquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- p) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
- q) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- r) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independente de sua causa.

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

6. CARÊNCIAS

6.1. As coberturas previstas nestas Condições Especiais somente passam a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir da adesão do Segurado ao Seguro:

- a) **30 dias** para eventos decorrentes de doença;
- b) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto para a hipótese de tentativa de suicídio ocorrida nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

6.2. Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, as carências, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão:

- a) **90 dias** para eventos decorrentes de doença;

- b) Para eventos decorrentes de acidentes, **exceto para a hipótese de tentativa de suicídio ocorrida nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

7. FRANQUIA

7.1. O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento, do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. 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 22 das Condições Gerais.

9. DATA DO EVENTO

9.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.4.

10.2. 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 16.4 das Condições Gerais.

10.3. 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.

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

11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. 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.

11.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0.5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

12. ALTERAÇÃO DE VALORES

12.1. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 4 destas Condições Especiais.

12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 7.1.5 das Condições Gerais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

13.1. Esta cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b) Em data posterior, prevista no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da cobertura básica.

13.2. Esta cobertura termina:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais;
- b) Sempre que for cancelada a cobertura básica.

13.2.1. Esta cobertura termina independentemente da continuidade da vigência da cobertura básica e das demais coberturas adicionais, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada;
- b) Quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta cobertura, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado ou pelo Estipulante, referente a esta cobertura.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DO AUXÍLIO MEDICAMENTO (AM)

1. COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo reembolsar o Segurado das despesas com medicamentos, utilizados para o seu tratamento sob orientação médica, **ocorrido durante o horário de trabalho e decorrente de acidentes pessoais**, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, 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 valor do Capital Segurado desta Cobertura **não poderá ser superior** ao Capital Segurado da Cobertura Básica, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Certificado Individual.

1.3. Somente estarão garantidos por esta Cobertura de Auxílio Medicamento, os componentes do grupo segurado que exerçam atividade laborativa.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. 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;**
- 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 valor do Capital Segurado para a cobertura adicional de Auxílio Medicamento será estabelecido na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

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

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.5.

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.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

6.2. Esta cobertura termina:

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

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DC)

1. COBERTURA

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

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

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

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

m) Anomalias cromossômicas;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. GRUPO SEGURADO

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

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

6. CARÊNCIA

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

7. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

7.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte) do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, no Certificado Individual, na Proposta de Contratação e de Adesão e no Contrato.

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

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.6.

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

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

9.2. Esta cobertura termina:

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

10. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

10.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL (AF)

1. COBERTURA

- 1.1. A presente cláusula adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas com o serviço funeral, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência deste Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.
- 1.2. Entende-se por despesas com serviço funeral, aquelas que se referem, **exclusivamente**, aos elementos **fundamentais**, que compõem o funeral, velório e sepultamento do segurado.
- 1.3. **A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.**
- 1.4. **Essa cobertura NÃO poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral Familiar.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDAS** desta Cobertura Adicional as despesas decorrentes de:
- a) **Aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;**
 - b) **Despesas não relacionadas diretamente ao funeral/sepultamento;**
 - c) **Eventos extras ou não previstos expressamente nestas Condições Especiais.**

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte), e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação no Certificado Individual.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o beneficiário e/ou o responsável

pelo pagamento apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.7.

4.2. Caso as despesas com o serviço funeral sejam inferiores ao valor do Capital Segurado desta Cobertura, a diferença será paga ao(s) beneficiário(s) do Segurado, observado o disposto no item 16 das Condições Gerais.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência será de 30 (trinta) dias, contados da adesão do Segurado ao Seguro.

5.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, **exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

6.2. Esta cobertura termina:

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

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AFF)

1. COBERTURA

1.1. A presente cláusula adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas com o serviço funeral, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento do Segurado, Cônjuge e/ ou Filhos durante a vigência deste Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

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

1.3. Essa cobertura **NÃO** poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDAS** desta Cobertura Adicional as despesas decorrentes de:

- a) **Aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;**
- b) **Despesas não relacionadas diretamente ao funeral/sepultamento;**
- c) **Eventos extras ou não previstos expressamente nestas Condições Especiais.**

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte), e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação no Certificado Individual.

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

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o beneficiário e/ou o responsável pelo pagamento apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.7.

4.2. Caso as despesas com o serviço funeral sejam inferiores ao valor do Capital Segurado desta Cobertura, a diferença será paga ao(s) beneficiário(s) do Segurado ou ao próprio segurado em caso de cônjuge e/ou filhos, observado o disposto no item 16 das Condições Gerais.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência será de 30 (trinta) dias, contados da adesão do Segurado ao Seguro.

5.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, **exceto para a hipótese de suicídio do segurado, cônjuge e/ou filhos, ocorrido nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

6.2. Esta cobertura termina:

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

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1. COBERTURA

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

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

2. RISCOS EXCLUIDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

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

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Estipulante apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.8.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência para esta Cobertura.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

- b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

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

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado em decorrência de uma das Doenças Graves ou da realização de um Procedimento informado no item 3 desta cláusula, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Esta cobertura poderá ser contratada pelo cônjuge quando houver a contratação da Cláusula Suplementar **AUTOMÁTICA** de cônjuge e **NÃO** se estende ao(s) filho(s), caso incluído(s) pela Cláusula Suplementar.

1.3. Esta cobertura adicional não pode ser contratada juntamente com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

2. CONCEITO

2.1. Consideram-se como doenças graves e procedimentos cobertos **exclusivamente** os especificados nesta condição especial.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as seguintes doenças ou procedimentos relacionados abaixo:

- **Neoplasia Maligna (Câncer)** - Neoplasia é uma proliferação anormal das células, que foge parcial ou totalmente do controle, com efeitos agressivos sobre o organismo. Pode afetar diversos órgãos.

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista ONCOLOGISTA e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

- **Infarto** - É o chamado ataque cardíaco. Caracterizado pela ausência ou pela diminuição da circulação sanguínea nas artérias do coração, causando lesões agudas importantes que podem levar até a morte de suas células, conforme o tempo de sua duração.

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) Histórico de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca;
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, incluindo-se enzimas como: CK-MB, TGO e TGP.

- **Acidente Vascular Cerebral** - O acidente vascular cerebral (AVC) é também conhecido como derrame cerebral e consiste na diminuição de funções neurológicas por um distúrbio na circulação do sangue no cérebro.

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

- **Perda Total da Audição de ambos ouvidos** - Quando a perda auditiva ocorre acima de 90 dB.

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:

- a) Limiares auditivos sensorio-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.
- **Doença de Parkinson** - A doença de Parkinson é uma doença degenerativa, crônica e progressiva, que afeta o sistema nervoso central (Sistema Nervoso Extra-Piramidal) e provoca sintomas principalmente motores, como tremor e rigidez muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e distúrbios do equilíbrio e da marcha. Trata-se de quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do, e caracterizado pelos seguintes sinais:
 - a) **Tremor** — hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

- b) **Rigidez muscular** — sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c) **Oligocinesia** — diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades de vida diária normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

Se a doença de Parkinson for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura.

- **Doenças Cardíacas Crônicas Graves** - São as doenças cardíacas que limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração, mesmo com tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, com capacidade funcional do coração grau IV.

Grau IV - Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes mesmo em repouso apresentam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito.

Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional cardíaca são os seguintes:

- a) História clínica;
 - b) Exame clínico;
 - c) Eletrocardiograma basal;
 - d) Teste de esforço cardiológico (ergométrico);
 - e) Ecocardiograma bidimensional.
- **Perda Total da Fala (Afasia Completa)** - Trata-se da perda da capacidade para utilizar a linguagem devido a uma lesão na área do cérebro que a controla ou perda total e irreversível da capacidade física de falar, estabelecida por um período contínuo de 12 meses. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista que deve confirmar a doença nas cordas vocais. As causas psiquiátricas são excluídas
 - **Transplante de Órgãos (Quando o Segurado é o RECEPTOR)** – Desde que o transplante prescrito formalmente pelo médico responsável seja o único recurso para a recuperação da função do órgão afetado.

Transplante que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa portadora de doença (receptor), por outro órgão normal de um doador (morto ou vivo), para tratamento de diversas doenças.

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como RECEPTOR de algum dos seguintes órgãos: coração, fígado, pulmão, pâncreas, ou medula óssea.

3.2. Estão cobertas as doenças que não decorram de acidente, ou seja, decorrentes apenas de doenças, não relacionadas a traumas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do segurado e não declaradas;
- b) Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais;
- c) A doença diagnosticada após o falecimento do segurado, não sendo ela originária da causa morte;
- d) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo de causa externa;
- e) Anomalias congênitas, independentemente de quando se manifestem;
- f) Eventos de Neoplasia Maligna (Câncer):
 - Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
 - Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
 - Leucemia crônica;
 - Câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
 - Carcinoma não invasivo (carcinoma “in situ”) e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
 - Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
 - Câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior a 6 na classificação de Gleason ou superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
 - Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorra após o início de vigência da apólice.
- g) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma - ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos de infarto;
- h) **Acidente Vascular Cerebral:**
 - Ataques isquêmicos transitórios (AIT);
 - Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
 - Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
 - Hemorragia cerebral causada por acidente;
 - Hemorragia cerebral causada por tumores;

- Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
 - Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
 - Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.
- i) Surdez de origem central (sistema nervoso central);
- j) Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e Hemorragias Cerebrais causadas: por acidentes de causas externas, por Tumor Cerebral, por cirurgia no Cérebro e por Obstrução da Artéria Oftálmica resultando um dano neurológico;
- k) Os quadros de doença de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado;
- l) Transplante de Órgãos (Quando o Segurado é o RECEPTOR)
- Transplantes dos demais órgãos não listados;
 - Transplante de tecido;
 - Transplante de células-beta do pâncreas;
 - Autotransplante;
 - Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;
 - Colocação coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando se a colocação de coração humano no futuro;
 - Transplante de quaisquer órgãos não-humanos.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência desta cobertura será de 90 (noventa) dias a partir do início de vigência da cobertura individual e na solicitação de aumento de capital segurado.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Para inclusão nesta cobertura, o proponente deverá:

- a) Preencher, de próprio punho e encaminhar a proposta de adesão informando suas condições de saúde;
- b) Possuir, na data de adesão idade dentro dos limites estabelecidos nas condições contratuais;
- c) Estar em plena atividade profissional e/ou boas condições de saúde de acordo com a declaração pessoal de saúde.

7. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

7.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte) do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, no Certificado Individual, na Proposta de Contratação e de Adesão e no Contrato.

7.2. Em caso de solicitação de aumento do capital segurado, será feita nova análise de risco, sendo necessário o preenchimento de nova proposta de adesão com declaração pessoal de saúde e atividades.

7.3. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou por qualquer outro índice que, por disposição legal, venha a substituí-lo.

7.4. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

7.4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico médico da doença grave ou a data do procedimento, entre os elencados no item 3.1 destas condições especiais.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 e 16.4.9 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos.

8.2. O valor do capital segurado será devido desde que não venha o segurado a falecer nos primeiros 30 dias que se seguirem à data do diagnóstico.

8.3. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa. A partir da ocorrência do primeiro sinistro, a cobertura prevista nesta cláusula será imediatamente cancelada.

8.4. As Doenças Graves ou Procedimento coberto por esta garantia deverão ser comprovados por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico-científica e demais documentos estabelecidos no item 16 das Condições Gerais.

8.5. Serão consideradas como mesmo evento as patologias relacionadas às Doenças e Procedimento informado nesta Garantia que sejam reincidentes durante a vigência da Apólice e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária.

8.6. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

8.7. O Beneficiário será o Segurado, ainda que assistido ou representado.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

9.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice;
- d) Com pagamento do capital segurado.

10. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

10.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

10.2. Uma vez indenizada, esta cobertura será cancelada por esgotamento de Capital Segurado.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do cônjuge, do Segurado Principal, no seguro, **exclusivamente nas seguintes coberturas:**

- Cobertura básica – Morte;
- Cobertura adicional de Indenização Especial para Morte Acidental (IEA);
- Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Cobertura adicional de Doenças Graves (DG).

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação das coberturas acima especificadas e desde que o Segurado Principal também as tenha contratado.

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

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que, na data da sua inclusão nesta Cobertura:

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

2.2. A inclusão do cônjuge se dará mediante preenchimento de proposta de adesão as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal.**

2.3. A inclusão estará condicionada à análise do risco pela Seguradora.

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados do cônjuge, incluído por esta cobertura, **não poderão ser superiores** aos contratados para o Segurado Principal e estarão descritos na apólice, na proposta de adesão, no certificado individual e no Contrato.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte do Segurado Dependente devida por esta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

4.2. Para a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, o beneficiário será o próprio Segurado Dependente incluído por esta Cláusula.

4.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, a **indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste.**

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:

- a) Na data do início da vigência da cobertura básica do risco individual do Segurado Principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da inclusão desta Cláusula na Apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da Apólice, se automática;
- c) Na data solicitada pelo Segurado Principal, se facultativa, e se contratada após o início de vigência da cobertura básica do Segurado Principal.

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 20.5 das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. 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, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho, do Segurado Principal, **exclusivamente**, na cobertura básica - Morte.

1.2. **Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da cobertura básica (morte).**

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):

- a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- c) 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 Principais, do mesmo Grupo Segurado, **os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado**, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. **Somente poderão participar do seguro os filhos que, na data da sua inclusão nesta cobertura:**

- **Se encontrarem em boas condições de saúde, e**
- **Dependerem economicamente do Segurado Principal.**

2.2. A inclusão do filho se dará mediante preenchimento de proposta de adesão as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal.**

2.2.1. **Somente poderá haver inclusão de filho quando a cláusula de inclusão de cônjuge for automática.**

2.3. A inclusão do filho estará condicionada à análise do risco pela Seguradora.

2.4. **A inclusão e a permanência do filho no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Principal.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado do filho, incluído por esta Cláusula, **não poderá ser superior** ao contratado para o Segurado Principal e estará descrito na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Contrato.

3.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, conforme disposto no item 3.2 das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte do filho incluído por esta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do filho, a indenização prevista nesta cláusula será paga aos herdeiros legais deste.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:

- a) Na data do início de vigência da cobertura básica do risco individual do Segurado Principal, para o filho admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice, se automática;
- c) Na data solicitada pelo Segurado Principal, se facultativa e se contratada após o início de vigência da cobertura básica, do Segurado Principal.

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 20.5 das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

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

• FALE CONOSCO

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

• OUVIDORIA

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

- **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