

**Condições
Gerais**

UNIMED VIDA EM GRUPO

VIDA



Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Unimed Vida em Grupo – Contratação Coletiva** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger você.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do Seguro de Vida que contemplam as coberturas para a sua proteção e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem este seguro.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Atenciosamente,

Seguros Unimed

Para nós é uma honra tê-lo como cliente, por isso colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 770 3611

Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria



SUMÁRIO

I. CONDIÇÕES GERAIS.....	8
1. OBJETIVO DO SEGURO	8
2. DEFINIÇÕES	8
3. COBERTURAS.....	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	13
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO	15
6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	15
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	15
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
9. CUSTEIO DO SEGURO	19
10. CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	19
11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	19
12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS.....	20
13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO	21
14. CAPITAL SEGURADO.....	21
15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	21
16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	22
17. BENEFICIÁRIOS.....	28
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	29
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	30
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	31
21. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS.....	33
22. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	33
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	33
24. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	34
25. PRAZOS PRESCRICIONAIS.....	35
26. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO	35
27. DISPOSIÇÕES GERAIS	35
28. FORO	35
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)	37
1. OBJETIVO.....	37
2. CONCESSÃO DA COBERTURA	37
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
4. DATA DO EVENTO	37
5. CAPITAL SEGURADO.....	37
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	38
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	38
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	38
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	39
1. OBJETIVO.....	39
2. DEFINIÇÃO.....	39
3. CONCESSÃO DA COBERTURA	39
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	39
5. DATA DO EVENTO	39
6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	39

7.	CAPITAL SEGURADO.....	40
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	40
9.	TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	41
10.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	45
11.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	45
12.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	46
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	46
IV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM).....	47
1.	COBERTURA	47
2.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	47
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	47
4.	DATA DO EVENTO	47
5.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	47
6.	CAPITAL SEGURADO.....	48
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	48
8.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	48
9.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	49
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	49
V.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	50
1.	OBJETIVO.....	50
2.	DEFINIÇÕES	50
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	52
4.	RISCOS COBERTOS	53
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	54
6.	DATA DO EVENTO	55
7.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	55
8.	CAPITAL SEGURADO.....	55
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	55
10.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	56
11.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	56
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	56
13.	ANEXOS - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL (IAIF)	57
VI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD).....	60
1.	OBJETIVO.....	60
2.	DEFINIÇÃO.....	60
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	60
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
5.	DATA DO EVENTO	61
6.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	61
7.	CAPITAL SEGURADO.....	62
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	62
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	62
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	63
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	63
VII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO A.....	64
1.	OBJETIVO.....	64
2.	DEFINIÇÕES	64
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	65

4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
5.	DATA DO EVENTO	66
6.	CAPITAL SEGURADO.....	66
7.	CARÊNCIAS.....	66
8.	FRANQUIA.....	67
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	67
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	69
11.	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	70
12.	ALTERAÇÃO DE VALORES.....	70
13.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	70
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	71
VIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO B	72
1.	OBJETIVO.....	72
2.	DEFINIÇÕES	72
3.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	73
4.	DATA DO EVENTO	73
5.	CAPITAL SEGURADO.....	73
6.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	73
7.	CARÊNCIAS	75
8.	FRANQUIA.....	76
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	76
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	76
11.	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	77
12.	ALTERAÇÃO DE VALORES.....	77
13.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	77
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	78
IX.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTE DE ACIDENTES PESSOAIS (AM)	79
1.	OBJETIVO.....	79
2.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	79
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
4.	DATA DO EVENTO	79
5.	CAPITAL SEGURADO.....	79
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	80
7.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	80
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	80
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	80
X.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS CONGÊNITAS (DC)	82
1.	OBJETIVO.....	82
2.	DEFINIÇÃO.....	82
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	82
4.	GRUPO SEGURADO	82
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	82
6.	CARÊNCIA.....	83
7.	DATA DO EVENTO	83
8.	CAPITAL SEGURADO.....	83
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	83
10.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	84
11.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	84
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	84
XI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL – MORTE (AFM).....	85

1.	OBJETIVO.....	85
2.	DEFINIÇÃO.....	85
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	85
4.	BENEFICIÁRIO.....	85
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	85
6.	DATA DO EVENTO.....	86
7.	CAPITAL SEGURADO.....	86
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	86
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	86
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	86
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	87
XII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AFF).....	88
1.	OBJETIVO.....	88
2.	DEFINIÇÃO.....	88
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	88
4.	BENEFICIÁRIO.....	88
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	88
6.	DATA DO EVENTO.....	89
7.	CAPITAL SEGURADO.....	89
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	89
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	89
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	89
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	89
XIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RESCISÃO CONTRATUAL (RC).....	91
1.	OBJETIVO.....	91
2.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	91
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	91
4.	DATA DO EVENTO.....	91
5.	CAPITAL SEGURADO.....	91
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	91
7.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	92
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	92
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	92
XIV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS GRAVES (DG).....	93
1.	OBJETIVO.....	93
2.	DEFINIÇÃO.....	93
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA.....	93
4.	RISCOS COBERTOS.....	93
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	95
6.	DATA DO EVENTO.....	97
7.	CARÊNCIA.....	97
8.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA.....	97
9.	CAPITAL SEGURADO.....	97
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	98
11.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	98
12.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	99
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	99
XV.	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE.....	100
1.	OBJETIVO.....	100
2.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	100
3.	BENEFICIÁRIOS.....	100
4.	CAPITAL SEGURADO.....	101

5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	101
6.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA	101
7.	CANCELAMENTO DA CLÁUSULA	101
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	101
XVI.	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO	102
1.	OBJETIVO.....	102
2.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	102
3.	BENEFICIÁRIOS.....	102
4.	CAPITAL SEGURADO.....	103
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	103
6.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA	103
7.	CANCELAMENTO DA CLÁUSULA	103
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	103
XVII.	CANAIS DE COMUNICAÇÃO	104

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares, Proposta de Adesão e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Aceitação do risco** é o ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.
- 2.2. Acidente** é o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.
- 2.3. 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:

2.3.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) 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;
- c) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- d) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

2.3.2. Não se incluem nesse conceito:

- a) 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;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- c) **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 LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – 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.**
- d) **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.**

- 2.4. Agravamento do Risco** é a circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.
- 2.5. Âmbito Geográfico** é o termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de cobertura.
- 2.6. Apólice** é o documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.
- 2.7. Aviso de Sinistro** é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.8. Beneficiário** é a pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.
- 2.9. Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecido na Proposta de Contratação.
- 2.10. Carência** é o período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar.
- 2.11. Certificado Individual** 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.
- 2.12. Condições Contratuais** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais Endossos e das Cláusulas Suplementares.
- 2.13. 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.
- 2.14. Condições Gerais** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante.

- 2.15. 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;
- 2.16. Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.17. 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 Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida.
- 2.18. 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.
- 2.19. Evento Coberto** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.
- 2.20. Franquia** é a quantia fixa, definida na Apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições da Proposta de Contratação.
- 2.21. Grupo Segurado** é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, efetivamente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos nestas Condições Gerais.
- 2.22. Grupo Segurável** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.23. Indenização** é o valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 2.24. Início de Vigência** é a data a partir da qual as coberturas de risco serão garantidas pela Seguradora.
- 2.25. IPC-A/IBGE** é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais.
- 2.26. Nota Técnica Atuarial** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.27. Prêmio** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.28. 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.

- 2.29. Proposta de Contratação** é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade em contratar o seguro, na qualidade de Estipulante, em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais, nas Especiais e nas Cláusulas Suplementares.
- 2.30. Regime Financeiro de Repartição Simples** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados em um período considerado.
- 2.31. Reintegração** é a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice.
- 2.32. Risco** é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- 2.33. Riscos Excluídos** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.34. Segurado** é a pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiro.
- 2.35. Segurado Titular** é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo cumprimento das condições contratuais que lhe cabem, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes, relativos aos seus direitos e obrigações.
- 2.36. Segurados Dependentes** são o cônjuge ou a(o) companheira(o), e, os filhos do Segurado Titular regularmente incluídos no seguro pelas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e Filhos.
- 2.37. Seguradora** é a Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios.
- 2.38. Sinistro** é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.
- 2.39. Término da vigência** é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

3. COBERTURAS

- 3.1.** As coberturas disponíveis deste seguro dividem-se em Básica, Adicionais e Cláusulas Suplementares:
- 3.1.1. Cobertura Básica:**
- 3.1.1.1.** Morte: garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro e respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

3.1.2. Coberturas Adicionais – as seguintes coberturas somente podem ser contratadas em conjunto com a cobertura básica:

- 3.1.2.1.** Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)
- 3.1.2.2.** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- 3.1.2.3.** Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)
- 3.1.2.4.** Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- 3.1.2.5.** Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- 3.1.2.6.** Renda por Incapacidade Temporária – SERIT – Módulo A
- 3.1.2.7.** Renda por Incapacidade Temporária – SERIT – Módulo B
- 3.1.2.8.** Auxílio Medicamentos (AM)
- 3.1.2.9.** Doenças Congênitas (DC)
- 3.1.2.10.** Auxílio Funeral – Morte (AFM)
- 3.1.2.11.** Auxílio Funeral Familiar (AFF)
- 3.1.2.12.** Rescisão Contratual (RC)
- 3.1.2.13.** Doenças Graves (DG)

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- 3.1.3.1.** Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge e
- 3.1.3.2.** Inclusão Facultativa ou Automática de Filho

3.2. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo que a cobertura básica é obrigatória.

- 3.2.1.** As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.
- 3.2.2.** As condições aplicáveis às coberturas adicionais e cláusulas suplementares estão reguladas nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.
- 3.2.3.** A cobertura para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) 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 (IPAM).
- 3.2.4.** A cobertura adicional de Rescisão Contratual só poderá ser contratada quando o seguro for não contributivo.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão excluídos de todas as coberturas do Seguro de Vida em Grupo os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:**
- 4.1.1. 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;**
 - 4.1.2. 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;**
 - 4.1.3. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
 - 4.1.4. Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Proposta de Adesão ao seguro, ou do aumento do Capital Segurado quanto ao valor aumentado;**
 - 4.1.5. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - 4.1.6. Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**
 - 4.1.7. 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;**
 - 4.1.8. 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;**
 - 4.1.8.1. 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.**
 - 4.1.9. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
 - 4.1.10. Parto ou aborto e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
 - 4.1.11. Choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**

- 4.1.12. Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;**
- 4.1.13. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- 4.1.14. 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;**
- 4.1.15. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- 4.1.16. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- 4.1.17. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- 4.1.18. 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, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;.**
- 4.1.19. 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;**
- 4.1.20. Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**
- 4.1.21. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- 4.1.22. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e**
- 4.1.23. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 nestas Condições Gerais.**

4.2. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente

mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1. Este seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, sejam naturais ou acidentais, exceto para a cobertura de Rescisão Contratual, que terá cobertura somente em Território Nacional.
- 5.2. As eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 6.1. Não haverá carência e franquia 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.
- 6.2. Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do Capital Segurado.
- 6.3. As carências e franquias deverão ser fixadas na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e na Apólice e não poderão exceder metade do prazo de vigência da Apólice.
- 6.4. A Seguradora poderá adotar carência para as coberturas de Morte Natural e de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência do Seguro, e constará na Proposta de Contratação e no Certificado Individual do Segurado.
- 6.5. Poderá haver carência para a cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária - SERIT, nos prazo e condições fixados nas respectivas Condições Especiais.
- 6.6. 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.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. Aceitação da Proposta de Contratação

7.1.1. A contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

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

7.1.2.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se

dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

- 7.1.3.** Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item **7.1.2.1.**
- 7.1.4.** A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio, eventualmente efetuado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.
- 7.1.5.** Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 7.1.6.** 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 **7.1.2.1**, nestas Condições Gerais.

7.2. Inclusão de Segurados

- 7.2.1.** A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do seguro.
- 7.2.2.** A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 7.2.3.** 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.
- 7.2.4.** Os componentes do Grupo Segurável, que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante.
- 7.2.5.** A inclusão dos Dependentes, desde que contratada de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar, poderá ser:
- 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.

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

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

a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

7.3. Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante, exceto para cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária (SERIT).

7.4. Os segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da Apólice, poderão continuar no seguro, desde que os prêmios continuem sendo pagos, exceto para a cobertura de Indenização de Renda por Incapacidade Temporária (SERIT) e de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

7.4.1. 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.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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 **7.6**.

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

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

7.10. 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.

7.11. 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 **7.6** destas Condições Gerais.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência da Apólice do Seguro

8.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Contratação.

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

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

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

8.1.5. O início e término de vigência individual de cada Segurado vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos nestas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento, previstas nos itens **18 e 19** nestas Condições Gerais.

8.2. Vigência do Certificado Individual do Seguro

8.2.1. A vigência do seguro, desde que aceita a Proposta de Adesão, terá início:

8.2.1.1. Na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;

8.2.1.2. No 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;

8.2.1.3. Em outra data, se definida no Contrato.

8.3. Renovação do Seguro

- 8.3.1.** A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Estipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.
- 8.3.2.** A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.
- 8.3.3.** Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Estipulante, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.
- 8.3.4.** A renovação expressa que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. CUSTEIO DO SEGURO

- 9.1.** Para fins deste seguro, o custeio poderá ser:
 - 9.1.1.** Não contributivo: em que os Segurados não pagam o prêmio; ou
 - 9.1.2.** Contributivo: em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.
- 9.2.** A forma de custeio constará na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato.

10. CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 10.1.** 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.
- 10.2.** Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.
- 10.3.** A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

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. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Contratação e na Apólice.

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

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

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

11.3. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido na Proposta de Contratação.

11.4. 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.

11.5. Se o Sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item **12** nestas Condições Gerais.

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

11.7. Nos seguros contributários, 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. 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.

12.1.1. Na falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto do item **19.2.4**, dessas Condições Gerais.

12.2. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s), com os encargos

previstos no item **12.1** nestas Condições Gerais.

- 12.3.** Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

- 13.1.** Considera-se como data do evento, para efeito da(s) cobertura(s) básica(s), a data do falecimento do Segurado.
- 13.1.1.** Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento estará fixada nas respectivas Condições Especiais.
- 13.2.** Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus Beneficiários, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item **16** nestas Condições Gerais.

14. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado de cada cobertura constará na Proposta de Adesão, na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e na Apólice, e será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 15.1.** Os Capitais Segurados de todas as coberturas contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização. Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.
- 15.2.** Alternativamente ao critério de atualização previsto no item **15.1**, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial, proventos dos Segurados, acordo ou dissídio coletivo a ser definido na Proposta de Contratação.
- 15.3.** Ficará definido na Proposta de Contratação o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens **15.1** e **15.2** nestas Condições Gerais.
- 15.4.** Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.
- 15.5.** Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo

que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 16.1.** Observado o disposto no item **13**, nestas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.
- 16.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, exceto as diretamente realizadas pela 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 do Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em parcela única em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item **16.7** e seguintes, nestas Condições Gerais:
- a) 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;
 - b) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
 - c) Cópia da Certidão de Óbito;
 - d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
 - e) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
 - f) Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, em caso de morte acidental;
 - g) Cópia do Laudo do I.M.L., em caso de morte acidental;
 - h) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
 - i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado;
- 16.5.** Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item **16.4** nestas Condições Gerais, deverão ser apresentados:
- 16.5.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM):**
- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por

ocasião do acidente;

- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
- d) Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- e) Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

16.5.2. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):

- a) Relatório do médico assistente, com firma reconhecida:
 - a.1) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - a.2) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- b) 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.

16.5.2.1. 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.

16.5.2.2. 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.

16.5.3. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):

16.5.3.1. Documentos mencionados no **16.5.2**;

16.5.3.2. 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;

16.5.3.3. Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:

- a) De Qualificação Civil;
- b) Do registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);
- c) Anterior a do Contrato de Trabalho;

d) Posterior a do Contrato de Trabalho.

e) - Cópia do recolhimento do INSS dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo);

16.5.3.4. Cópia do recibo de recolhimento Carnê Leão dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo) e

16.5.3.5. DECORE (Declaração comprobatória de percepção de rendimentos), quando autônomo.

16.5.4. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT (módulos A e B):

a) Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente;

b) Exames complementares realizados;

c) Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;

d) 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.

16.5.4.1. 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.

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

16.5.5. Para a cobertura de Auxílio Medicamentos (AM):

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

b) Laudo médico constando diagnóstico e tratamentos realizados;

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

d) Para Beneficiário pessoa física: RG, CPF, comprovante de endereço;

e) Para Beneficiário pessoa jurídica: cópia do contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, formulário registro de informações pessoa jurídica.

Observações:

- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão;

- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas”;
- Em caso de cupom fiscal encaminhar “Declaração de Responsabilidade pelo Pagamento”;
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento;
- O reembolso será efetivado nominal ao responsável pelo pagamento das despesas devidamente identificado nas respectivas Notas Fiscais;
- Dados bancários do responsável pelo pagamento.

16.5.6. Para a cobertura de Doenças Congênitas (DC):

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

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

16.5.7. Para a cobertura de Auxílio Funeral Morte ou Auxílio Funeral Familiar:

- a) Comprovante de residência, Documento de Identidade e CPF da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral; e
- b) Notas Fiscais nominais e originais;
- c) Dados bancários daquele que efetuou o referido pagamento.

16.5.8. Documentos dos Beneficiários em caso de Morte:

16.5.8.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário:

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

16.5.8.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário e inexistindo cláusula beneficiária que conste na Proposta de Contratação, mediante aplicação da previsão legal instituída no Código Civil Brasileiro:

a) **Cônjuge:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada pós óbito e Comprovante de Residência;

b) **Companheiro (a):** RG, CPF, Comprovante de Residência e:

b.1) Se Segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas com firma reconhecida;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Se Segurado viúvo:

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

b.3) Se Segurado separado judicialmente:

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

- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

- c) **Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.
- d) **Filhos menores de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.
- e) **Pais:** RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

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

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

16.5.9. Para a cobertura de Rescisão Contratual (RC):

- a) Documento de Identidade do representante legal do Estipulante;
- b) CPF/MF do representante legal do Estipulante;
- c) Comprovante de localização do estabelecimento comercial;
- d) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

16.5.10. Para a cobertura Doenças Graves (DG):

- a) 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 nas condições especiais.

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

- 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.
- 16.8.** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **16.4** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 16.9.** Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **16.4**, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:
- 16.9.1.** Juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;
 - 16.9.2.** Multa de 2% (dois por cento);
 - 16.9.3.** 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;
 - 16.9.4.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Proposta de Contratação.

17. BENEFICIÁRIOS

- 17.1.** Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora., ressalvadas as restrições legais.
- 17.2.** Não sendo indicado o Beneficiário, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.
- 17.3.** Se a Seguradora não for informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.
- 17.4.** No caso do Beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.
- 17.5.** É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do Seguro o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).
- 17.6.** Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 17.7.** A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se

comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

- 17.8.** 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.
- 17.9.** Para o caso de morte do Segurado dependente, incluído por Cláusula Suplementar, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.
- 17.10.** 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.
- 17.11.** 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA

18.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- 18.1.1.** Com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora;
- 18.1.2.** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante;
 - 18.1.2.1.** Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.
- 18.1.3.** Quando o Segurado Titular solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- 18.1.4.** Com o falecimento do Segurado Titular ou quando este vier a receber indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- 18.1.5.** 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;
- 18.1.6.** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus Representantes ou Beneficiários;
- 18.1.7.** Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item **19** nestas Condições Gerais.

- 18.1.8.** As coberturas de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) não se acumulam.
- 18.1.9.** 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. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1.** A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 19.2.** A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:
- 19.2.1.** Se houver dolo, culpa, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- 19.2.2.** Se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- 19.2.3.** Quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- 19.2.4.** Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **12** nestas Condições Gerais.
- 19.2.5.** Por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
- 19.2.5.1.** Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente;
- 19.3.** O Seguro individual também será cancelado:
- 19.3.1.** 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;

19.3.2. Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou seus representantes legais;

19.3.3. Por mútuo e expreso consenso entre o Segurado e a Seguradora e

19.3.4. Automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

19.4.1. Automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Titular, qualquer que seja a causa;

19.4.2. Com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

19.4.3. Quando solicitado por escrito pelo Segurado Principal;

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

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

19.6. 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. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

20.1.1. Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;

20.1.2. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

20.1.3. 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;

20.1.4. Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e

20.1.5. Não fornecimento da documentação solicitada.

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

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

20.4. É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

20.4.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem **20.4.1**, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

20.5. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item **20.1**, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.5.1. 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.

20.5.2. 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.

20.5.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 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 na Proposta de Contratação, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:
- 23.1.1.** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- 23.1.2.** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados (inclusão/exclusão), alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 23.1.3.** Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos Segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de “lavagem” e ocultação de bens, direitos

ou valores, observada eventual norma que a substitua;

- 23.1.4.** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas à Proposta de Contratação de seguro;
- 23.1.5.** Pagar os prêmios pertinentes aos segurados ativos na apólice à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 23.1.6.** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;
- 23.1.7.** 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;
- 23.1.8.** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 23.1.9.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 23.1.10.** Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- 23.1.11.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- 23.1.12.** 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 cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- 23.1.13.** Manter o pagamento do prêmio em dia, o Capital Segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro;
- 23.1.14.** Manter no grupo segurado apenas funcionários em plena atividade laboral.

24. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

- 24.1.** Qualquer alteração da Proposta de Contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.
- 24.2.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora, Estipulante.
- 24.3.** Qualquer alteração na Proposta de Contratação em vigor deverá ser realizada por Aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, ratificada pelo correspondente Endosso.
- 24.4.** A alteração na Apólice que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante. Caso haja alteração na Apólice que

implique em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

24.5. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

25. PRAZOS PRESCRICIONAIS

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

26. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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 Especiais, as Coberturas Adicionais, as Cláusulas Suplementares, a Apólice e o contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 27.1.** O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 27.2.** O Estipulante e/ou Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF.
- 27.3.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da Apólice.
- 27.4.** 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 o

processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora.

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

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir 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 nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência 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 e na Proposta de Contratação.
- 5.2. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente (IPA), 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 (IEA).

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 4 nesta Condição Especial, e **166** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item **16.4** nas Condições Gerais.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

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

7.2. Esta cobertura **termina**:

- 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) Com o falecimento do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **18** e **19** das Condições Gerais, e no item **7.2** nestas Condições Especiais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado ao Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

Invalidez Permanente por Acidente (IPA) é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos nos itens 2.3 e 4 nas Condições Gerais.

5. DATA DO EVENTO

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

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 6.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.
 - 6.1.1. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só estado de invalidez permanente.
- 6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização,

se o Segurado se recusar.

- 6.3.** 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** nas Condições Gerais.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior a 200% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, do Segurado Titular, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 7.2.** A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.
- 7.3.** 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.
- 7.4.** Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após seu pagamento.
- 7.5.** Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item **9** 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.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5**, nesta Condição Especial, e **16**, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.1** nas Condições Gerais.
- 8.2.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deverá a indenização.
- 8.3.** A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item **9** nestas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.
- 8.4.** 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.

- 8.5.** Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos ou função, além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução, máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do capital previsto para o membro ou órgão lesado.
- 8.6.** 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.

9. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Equivalente a $\frac{1}{2}$ do respectivo dedo
Perda dos demais dedos	Equivalentes a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
De 4 (quatro) centímetros	10
De 3 (três) centímetros	06
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização
DIVERSAS	

MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30

Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40

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

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 10.1.** A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, exceto quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 10.2.** A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 11.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
- Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica, ou
 - Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 11.2.** Esta cobertura **termina**:
- Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;
 - A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - Com o falecimento do Segurado;
 - Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.
- 11.3.** Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **18 e 19** das Condições Gerais, observado o disposto no item **11.2** nestas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

1. COBERTURA

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.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 2.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 2.2.** Esta cobertura somente pode ser contratada como adicional à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item **4** das Condições Gerais.
- 3.2.** Excluem-se desta cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item **1** das Condições Especiais.

4. DATA DO EVENTO

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

5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 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 **16.5.1** 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 o 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 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 Contratação 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.**
- 6.3. 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.
- 6.4. 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.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4**, nesta Condição Especial, e **16**, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.1** nas Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

- a) Simultaneamente, com o início de vigência de Invalidez Permanente Total ou Parcial por

Acidente (IPA):

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

8.2. Esta cobertura **termina**:

a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado;

d) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **18 e 19** das Condições Gerais, observado o disposto no item **8.2** nestas Condições Especiais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

V. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, no caso de Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

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:

- 2.1. **Agravo Mórbido** é a piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental** é o distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor** é o conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa Principal** é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.5. **Ato Médico** é o procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.6. **Auxílio** é a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.7. **Cardiopatia Grave** é a doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição** é o conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida** é a capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção** é o definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

- 2.11. **Dados Antropométricos** são o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular** é o ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica** é o documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual** é qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica** é a incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica** é a doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade** é a doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** é a doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença do Trabalho** é 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).
- 2.20. **Doença em Estágio Terminal** é 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.
- 2.21. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** é o 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.
- 2.22. **Doença Profissional** é aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.23. **Estados Conexos** representam o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.24. **Etiologia** é a causa de cada doença.
- 2.25. **Fatores de Risco e Morbidade** são fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interajam.
- 2.26. **Funções Autonômicas ou Relações Autonômicas** são 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).

- 2.27. Hígido** é saudável.
- 2.28. Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença** é a perda da existência independente do Segurado, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou Especiais do seguro.
- 2.28.1.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 2.29. Médico Assistente** é o médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.30. Prognóstico** é o juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.31. Quadro Clínico** é o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.32. Recidiva** é o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.33. Refratariedade Terapêutica** é a incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.34. Relações Existenciais** são aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.35. Sentido de Orientação** é a faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.36. Sequela** é qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.37. Transferência Corporal** é a capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 3.2.** A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumula com a cobertura básica, e com as coberturas adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA).
- 3.3. 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.

3.3.1. 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.

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

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Consideram-se como riscos cobertos, observado o disposto no item **2.28** 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.

4.2. 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.

4.2.1. 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 item **13.1**), 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 Graus, 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 item **13.2**), que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1.** Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, 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 eventos abaixo especificados:
- 5.2.** 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;
- 5.3.** 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

5.4. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.

7. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 7.1.** A Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) 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 **16.5.2** nas Condições Gerais.
- 7.2.** É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exames 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.
- 7.3.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 7.4.** 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.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O valor do Capital Segurado para esta cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 8.2.** 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.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.2** nas Condições Gerais.
- 9.2.** Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por essa cobertura ser uma antecipação da cobertura básica, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), 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.

9.2.1. Não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), o seguro continuará em vigor, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação, sem qualquer devolução de prêmios.

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

10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

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

10.2. 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) Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;
- d) Com o falecimento do Segurado.

11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

11.1. Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais.

11.2. 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

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

13. ANEXOS - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL (IAIF)

13.1. Anexo 1 - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais, e, de Estados Conexos

Atributos	Escalas	Pontuação
Relações do Segurado com o cotidiano	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

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

13.2. Anexo 2 - Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04



Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08
---	----

VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, no caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total, exclusivamente consequente de doença, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Atividade Laborativa Principal** é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.2. **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença** é 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.
 - 2.2.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 3.2. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio.
 - 3.2.1. Se, nessas condições, houver a contratação por pessoa que não exerça qualquer atividade laborativa, a Seguradora devolverá o(s) prêmio(s) pago(s) para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

- 4.1. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC);**

- 4.2. **Eventos ou tratamentos de caráter experimental;**
- 4.3. **Doenças de caráter mental, psicológico ou psiquiátrico, exceto 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);**
- 4.4. **Dor crônica, sem substrato orgânico definido, incluindo fibromialgia e síndrome de dor miofascial;**
- 4.5. **Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para emagrecimento ou para rejuvenescimento com finalidade estética;**
- 4.6. **Estresse e suas consequências;**
- 4.7. **Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para finalidades estéticas, incluindo órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 4.8. **Inseminação artificial, mudança de sexo ou esterilização;**
- 4.9. **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 6.1. A cobertura Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) será comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
 - 6.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
- 6.3. Ocorrendo a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação das coberturas básicas, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) 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.

- 6.3.1.** Não ficando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), o seguro continuará em vigor, observadas os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação, sem qualquer devolução de prêmios.
- 6.4.** Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberto, será regularmente pago ao(s) Beneficiário(s).
- 6.5.** 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** nas Condições Gerais.
- 6.6.** Os Capitais Segurados da cobertura 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.

7. CAPITAL SEGURADO

O valor do Capital Segurado para esta cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.3** nas Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA 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, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 9.2.** Esta cobertura **termina**:
 - a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente cobertura adicional;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;

- d) Com o falecimento do Segurado;
- e) Quando o Segurado deixar de exercer atividade remunerada.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 10.1.** Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 10.2.** O pagamento da indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após indenização, devidamente atualizados.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO A

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta 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 de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2. A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo B, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

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:

- 2.1. **Capital Segurado** é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- 2.2. **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, ocorridos 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;
- 2.3. **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 10 (dez) dias de afastamento por evento coberto;
- 2.4. **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;
- 2.5. **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;
- 2.6. **Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Observado o disposto no item **7.2** das Condições Gerais, somente serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:

- 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. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 4.1. Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- 4.2. 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;
- 4.3. Inseminação artificial;
- 4.4. Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 4.5. Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta cobertura;
- 4.6. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- 4.7. Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;
- 4.8. 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;
- 4.9. Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- 4.10. Tratamento odontológico e ortodôntico;
- 4.11. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.
- 4.12. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.

5. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade remunerada.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, 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).
- 6.2. A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica, respeitado o limite de comercialização estabelecido pela Seguradora e o disposto no item 6.1 acima.
- 6.3. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Contratação e do Certificado Individual 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.
- 6.4. **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.**
- 6.5. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cônjuge incluído por adesão à Cláusula Suplementar.

7. CARÊNCIAS

- 7.1. A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
 - 7.1.1. **180 dias** para eventos decorrentes de:
 - a) 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.
 - 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 escapuloumeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas

associadas não haverá carência.

- d) 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.
- e) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
- f) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- g) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

7.1.2. **60 dias** para distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disfonia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fascíte plantar.

7.1.3. **30 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item **7.1.1**.

7.1.4. 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.

7.2. 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 de:

- a) **180 dias** para eventos previstos no item **7.1.1** destas Condições Especiais;
- b) **90 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item **7.1.1** destas Condições Especiais;

7.2.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

8. FRANQUIA

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.

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

9.1. 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.

- 9.2.** 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

- a) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- b) Distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disфонia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fasceíte plantar.

GRUPO 4

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

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

9.3. **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.**

9.4. 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.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.5** nas Condições Gerais.

10.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, 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.
- 12.2.** O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item **8** das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item **7** destas Condições Especiais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA 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 18 e 19 das Condições Gerais; e**
 - 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 contratadas, nas seguintes hipóteses:

- a) **Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e**
- 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, referente a esta cobertura adicional;**

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

VIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO B

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

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, de uma indenização em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2. A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo A, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

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:

- 2.1. **Capital segurado** é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- 2.2. **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, ocorridos 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;
- 2.3. **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 10 (dez) dias de afastamento por evento coberto;
- 2.4. **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;
- 2.5. **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;**
- 2.6. **Renda Diária** é o valor do capital segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Observado o disposto no item 7.2 das Condições Gerais, somente serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:

- 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. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade remunerada.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será aquele indicado na Proposta de Contratação e no Certificado Individual, 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).
- 5.2. **A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica, respeitado o limite de comercialização estabelecido pela Seguradora e o disposto no item 5.1 acima.**
- 5.3. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Adesão e do Certificado Individual 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.
- 5.4. **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.**
- 5.5. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cômputo incluído por adesão à Cláusula Suplementar.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 6.1. **Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;**

- 6.2. **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;**
- 6.3. **Inseminação artificial;**
- 6.4. **Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- 6.5. **Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta Cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta Cobertura;**
- 6.6. **Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;**
- 6.7. **Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;**
- 6.8. **Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas;**
- 6.9. **Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;**
- 6.10. **Tratamento odontológico e ortodôntico;**
- 6.11. **Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.**
- 6.12. **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 estiloide 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).**
 - **Fibromatose de fáscia palmar: contratatura 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 (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).**
- 6.13. **Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).**
- 6.14. **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 será risco excluído.**
- 6.15. **Patologias de coluna de qualquer natureza inclusive hérnias disciais, protusões disciais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.**
- 6.16. **Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.**
- 6.17. **Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.**
- 6.18. **Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.**
- 6.19. **Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.**

7. CARÊNCIAS

- 7.1. A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar, para eventos decorrentes de doença, após cumprido o prazo de carência de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
- a) **30 dias** para eventos decorrentes de doença;
 - b) **Não há carência** para eventos decorrentes de acidentes.
- 7.2. **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 de **90 dias** para eventos decorrentes de doença.
- 7.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.**

8. FRANQUIA

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.

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1.** 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.
- 9.2.** 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.
- 9.3.** 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.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 5 nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.5** nas Condições Gerais.
- 10.2.** Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, 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 18 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: ww.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 Segurado 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, conforme previsto no item 7.4 das Condições Gerais.**
- 12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 8 das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item 7 destas Condições Especiais.**

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:**
- c) Nas hipóteses previstas nos itens 18 e 19 das Condições Gerais; e**
 - a) 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 contratadas, nas seguintes hipóteses:**
- a) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e**
 - 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 referente a esta Cobertura;

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

IX. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTE DE ACIDENTES PESSOAIS (AM)

1. OBJETIVO

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, iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante o horário de trabalho e decorrente de acidentes pessoais, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 2.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 2.2.** Não podem configurar como Segurados, para a presente cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

- 3.1.** As despesas decorrentes de estado de convalescença (após a alta médica);
- 3.2.** Medicamentos experimentais;
- 3.3.** Acidente pessoal ocorrido antes ou após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).
- 3.4.** Não estarão cobertas, em qualquer hipótese, as despesas ocorridas no exterior.

4. DATA DO EVENTO

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

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da

cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.5** nas Condições Gerais.
- 6.2.** 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.
- 6.3.** A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro.
- 6.4.** 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.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 7.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
 - a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
 - b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 7.2.** 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.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **7.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por



serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

X. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS CONGÊNITAS (DC)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao Segurado em caso de nascimento de filho(a) com vida, portador de doença congênita, 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 nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

Doenças Congênitas são 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. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 3.2.** 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.

4. GRUPO SEGURADO

- 4.1.** O Grupo Segurado é composto por filhos dos Segurados recém-nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado.
- 4.2.** 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- 5.1. Doença congênita de conhecimento do Segurado e não informado quando da contratação do**

seguro;

- 5.2. Doenças infectocontagiosas transmitidas durante a gestação; bem como suas sequelas;
- 5.3. 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;
- 5.4. Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- 5.5. 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;
- 5.6. Defeitos congênitos decorrentes de complicações do parto ou aborto;
- 5.7. Natimorto (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto) e
- 5.8. Defeitos congênitos decorrentes da contaminação de ascendente em razão de exposição, no ambiente de trabalho, a produtos reconhecidamente nocivos à saúde.

6. CARÊNCIA

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

7. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

8. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 7, nesta Condição Especial, e 16, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 16.4 e 16.5.6 nas Condições Gerais.
- 9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando do pagamento da indenização.

10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

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

10.2. 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.

11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL – MORTE (AFM)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas de funeral, em caso de falecimento do Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado, ressalvados os riscos excluídos e os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

Despesas de funeral são aquelas que se referem, exclusivamente, aos elementos fundamentais, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 12.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 12.2.** Essa cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral Familiar.

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura:

- 5.1.** Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo reembolso das despesas do funeral, quando devido e, desde que observado o limite do Capital Segurado;
- 5.2.** Busca (localização) ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;

5.3. Despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.7** nas Condições Gerais.
- 8.2. 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.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA 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, 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;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Com o falecimento do Segurado.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas de funeral, em caso de falecimento do Segurado, Cônjuge e/ou Filhos até o limite do Capital Segurado contratado, ressalvados os riscos excluídos e os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

Despesas de funeral são aquelas que se referem, exclusivamente, aos elementos fundamentais, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1.** Essa cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral – Morte (AFM).

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura:

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

6. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **16** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **16.4** e **16.5.7** nas Condições Gerais.
- 8.2.** 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.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 9.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
 - c) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
 - d) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 9.2.** Esta cobertura **termina**:
 - d) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;
 - e) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - f) Com o falecimento do Segurado.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por



serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

XIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1. OBJETIVO

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, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência da Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 2.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 2.2.** Esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das verbas rescisórias relativas aos Segurados que possuam vínculo empregatício com o Estipulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data do falecimento do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 5.2.** O pagamento do Capital Segurado será realizado em Território Nacional.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 4 nesta Condição Especial, e 16 nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 16.4 e 16.5.9 nas Condições Gerais.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

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

7.2. 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.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **7.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XIV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, no caso de uma das Doenças Graves ou da realização de um Procedimento informado no item 4 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.

2. DEFINIÇÃO

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

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 3.2. Esta cobertura adicional não pode ser contratada juntamente com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Estão cobertas as seguintes doenças ou procedimentos relacionados abaixo:
 - **Neoplasia Maligna (Câncer)** 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, supra ou infradesnivelamento de SR, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma, Cinecoronariografia ou Cintilografia Cardíaca;
 - c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, incluindo-se enzimas como: Troponina, CK-MB, TGO e TGP.
- **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 intracerebral 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 6 (seis) 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, exceto se decorrentes de doenças do sistema nervoso central. 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** 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 conseqüente 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 de forma definitiva 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, ou seja, sintomas em repouso.

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); (pacientes com NYHA Grau IV não são capazes de realiza-los, se conseguir não é grau IV)
 - e) Ecodopplercardiograma 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 (patologias causadoras de paralisia de ambas as cordas vocais confirmadas por otorrinolaringologista), estabelecida por um período contínuo de 12 meses. 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.
- 4.2.** Estão cobertas as doenças que não decorram de acidente, ou seja, decorrentes apenas de doenças, não relacionadas a traumas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data do diagnóstico médico da doença grave ou a data do procedimento, entre os elencados no item **4.1** destas condições especiais.

7. CARÊNCIA

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.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA

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.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** O valor do Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 9.2.** 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.
- 9.3.** 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.

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **16** das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos item **16.4** e **16.5.10** nas Condições Gerais.

10.2. 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.

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. 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.

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

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

11.1. 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.

11.2. 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.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 12.1.** Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento observando o item **11.2** das Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 12.2.** O pagamento da indenização por Doenças Graves (DG) implica no cancelamento, automático da cobertura.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XV. 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.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 2.1.** Para fins 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.
- 2.2.** Para fins desta cláusula, somente será permitida a contratação da(s) cobertura(s) do item **1** desta cláusula suplementar, desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.
- 2.3.** Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:
- Se encontrar em boas condições de saúde, e
 - Atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.
- 2.4.** A inclusão estará condicionada à análise do risco pela Seguradora.
- 2.5.** A inclusão e permanência do cônjuge no seguro ficará, em qualquer hipótese, condicionada à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. BENEFICIÁRIOS

- 3.1.** O Beneficiário da indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será sempre o Segurado Principal.
- 3.2.** Para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, o beneficiário será o Segurado Dependente incluído por esta Cláusula.
- 3.3.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do cônjuge, os Capitais

Segurados serão pagos aos respectivos Beneficiários indicados pelo Segurado Titular, ou se na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

4. CAPITAL SEGURADO

Os Capitais Segurados dos cônjuges, incluídos por esta cláusula, não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice e na Proposta de Contratação.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens **16.4** e **16.5.8** nas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

6.1. Esta cláusula **começa** a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência desta cláusula;
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cláusula **termina**:

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

7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cláusula cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **6.2** desta Cláusula Suplementar, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XVI. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

Esta cláusula, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão automática do(s) filho(s) do Segurado Titular no seguro, exclusivamente, na cobertura básica: Morte.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 2.1.** Para fins desta cláusula, são considerados e/ou equiparados a filhos, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):
- Filho ou enteado até completar 21 (vinte e um) anos;
 - Filho ou enteado em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - Filho ou enteado universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.1.1.** Não pode(m) participar desta cobertura o(s) filho(s) que faça(m) parte do Grupo de Segurados Titulares.
- 2.2.** Para fins desta cláusula, somente será permitida a contratação da cobertura do item **1** desta cláusula suplementar desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.
- 2.3.** Quando ambos os cônjuges forem Segurados Titulares, do mesmo Grupo Segurado, o(s) filho(s) pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente(s) daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Titular para efeito desta Cláusula.
- 2.4.** Somente poderá(ão) participar do seguro o(s) filho(s) que:
- Se encontrar(em) em boas condições de saúde, e
 - Dependem(em) economicamente do Segurado Titular.
- 2.5.** A inclusão e a permanência do(s) filho(s) no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. BENEFICIÁRIOS

- 3.1.** O Beneficiário da indenização por morte prevista nesta cláusula será o Segurado Titular.
- 3.1.1.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do(s) filho(s), os Capitais Segurados serão pagos aos respectivos Beneficiários indicados pelo Segurado Titular, ou se na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Os Capitais Segurados dos filhos, incluídos por esta cláusula, não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 4.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos esta cláusula observará o disposto no item **7.2.7** nas Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens **16.4** e **16.5.8** nas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

- 6.1. Esta cláusula **começa** a vigorar:
 - a) Simultaneamente com o início de vigência desta cláusula;
 - b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 6.2. Esta cláusula **termina**:
 - a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cláusula;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA

Além das hipóteses previstas nos itens **18** e **19** nas Condições Gerais, esta cláusula cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **6.2** desta Cláusula Suplementar, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XVII. CANAIS DE COMUNICAÇÃO

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

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

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

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

E-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

- **FALE CONOSCO**

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

- **OUIDORIA**

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

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

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

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

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

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, Beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão

adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

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

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

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

- Pelo site: preencher o formulário em [www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/)
- 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.
- Presencialmente, 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



Unimed Seguradora S.A. | CNPJ/MF 92.863.505/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César | CEP: 01410-901 | São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
www.segurosunimed.com.br