

SEGURO DE VIDA

Condições Contratuais

Versão 3.1

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 10.005463/99-80

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	6
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	6
2. DEFINIÇÕES	6
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	10
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
7. BENEFICIÁRIOS.....	11
8. CAPITAL SEGURADO	12
9. CUSTEIO DO SEGURO	12
10. REGIME FINANCEIRO.....	13
11. PAGAMENTO DE PRÊMIO	13
12. SEGURADOS AFASTADOS.....	13
13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	14
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	14
15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS	14
16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	15
17. PERDA DE DIREITOS	15
18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	16
19. CANCELAMENTO DA APÓLICE	16
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	17
21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	19
22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	19
23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	20
24. PRESCRIÇÃO.....	20
25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	20
26. SUB-ROGAÇÃO.....	21
27. FORO.....	21
CLÁUSULA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA	22
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	22
2. DEFINIÇÕES	22
3. COBERTURAS DO SEGURO	22
4. RISCOS EXCLUÍDOS	22
5. CAPITAL SEGURADO	23
6. BENEFICIÁRIOS.....	23
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	23
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	23
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	23
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	24
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	24
2. DEFINIÇÕES	24
3. COBERTURAS DO SEGURO	24
4. RISCOS EXCLUÍDOS	29
5. CAPITAL SEGURADO	30

6. BENEFICIÁRIOS.....	30
7. PAGAMENTO DE PRÊMIO	30
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	30
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	30
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	31
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	32
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	32
2. DEFINIÇÕES	32
3. COBERTURAS DO SEGURO	32
4. RISCOS EXCLUÍDOS	33
5. CAPITAL SEGURADO	33
6. BENEFICIÁRIOS.....	33
7. PAGAMENTO DE PRÊMIO	34
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	34
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	34
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD.....	35
1. OBJETO DO SEGURO	35
2. DEFINIÇÕES	35
3. COBERTURAS DO SEGURO	36
4. RISCOS COBERTOS.....	36
5. RISCOS EXCLUÍDOS	37
6. CAPITAL SEGURADO	37
7. BENEFICIÁRIOS.....	37
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	38
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	39
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	39
ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	40
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	40
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO - IFPDA	42
1. OBJETO DO SEGURO	42
2. DEFINIÇÕES	42
3. COBERTURAS DO SEGURO	43
4. RISCOS COBERTOS.....	43
5. RISCOS EXCLUÍDOS	44
6. CAPITAL SEGURADO	45
7. BENEFICIÁRIOS.....	45
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	45
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	46
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	46
ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	47
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	47
CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT.....	49
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	49
2. DEFINIÇÕES	49

3. COBERTURAS DO SEGURO	49
4. RISCOS EXCLUÍDOS	49
5. CARÊNCIA.....	49
6. CAPITAL SEGURADO	49
7. BENEFICIÁRIOS.....	49
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	49
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	50
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	50
CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS.....	51
1. OBJETO DO SEGURO	51
2. DEFINIÇÃO	51
3. GRUPO SEGURADO	51
4. RISCOS EXCLUÍDOS	51
5. CARÊNCIA.....	51
6. CAPITAL SEGURADO	51
7. PRÊMIO	51
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	51
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	51
10. DISPOSIÇÃO FINAL	52
CLÁUSULA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF.....	53
1. OBJETO DO SEGURO	53
2. DEFINIÇÕES	53
3. COBERTURAS DO SEGURO	53
4. RISCOS EXCLUÍDOS	54
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	54
6. CAPITAL SEGURADO	54
7. BENEFICIÁRIOS.....	55
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	55
9. CANCELAMENTO	55
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	55
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	55
CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS ESPECÍFICAS	56
1. OBJETO	56
2. COBERTURA DO SEGURO	56
3. RISCOS EXCLUÍDOS	56
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	56
5. CAPITAL SEGURADO	56
6. INÍCIO DA COBERTURA.....	56
7. BENEFICIÁRIOS.....	57
8. TÉRMINO DA COBERTURA.....	57
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	57
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	57
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	58
1. OBJETIVO DA COBERTURA	58
2. RISCOS COBERTOS.....	58

3. RISCOS EXCLUÍDOS	58
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	58
5. CAPITAL SEGURADO	59
6. CARÊNCIA.....	59
7. BENEFICIÁRIOS.....	59
8. TÉRMINO DA COBERTURA.....	59
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	59
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	60
OUVIDORIA.....	61

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, **INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS**, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder a alterações na apólice.

- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

- 2.4. **Ato Ilícito:** ato proibido por lei. Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

- 2.5. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

- 2.6. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.

- 2.7. **Boa Fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

- 2.8. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

- 2.9. Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.10. Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 2.11. Coberturas de Risco:** garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro, a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 2.12. Companheiro(a):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.13. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.14. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 2.15. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.16. Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelo segurados.
- 2.17. Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 2.18. Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.
- 2.19. Custeio do Seguro:** de acordo com a opção feita pelo Estipulante, o custeio poderá ser:
- 2.19.1. Contributário:** em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
- 2.19.2. Não Contributário:** em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.
- 2.20. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, pelo qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil.
- 2.21. Doença Profissional:** é toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequente da atividade profissional desempenhada.
- 2.22. Doenças Preexistentes:** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 2.23. Dolo:** é qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.
- 2.24. Endosso:** é documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.25. Estipulante:** é pessoa física ou jurídica que contrata o plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.
- 2.26. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.27. Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.
- 2.28. Foro:** é o âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.29. Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

- 2.30. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.31. Impotência Funcional:** é a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.32. Indenização:** é o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data de ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.33. Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.34. Início de Vigência da Cobertura Individual:** é a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.
- 2.35. Migração de Apólices:** é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 2.36. Nota Técnica Atuarial:** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.37. Nulidade:** é a ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 2.38. Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.39. Período de Cobertura:** é o prazo de duração da garantia contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.40. Prêmio:** é o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.41. Prêmio Comercial:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.42. Prêmio Puro:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.43. Proponente:** é a pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.44. Proposta de Adesão:** é o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.45. Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.46. Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas após aceitação da Seguradora e o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições contratuais.
- 2.47. Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.48. Regime Financeiro de Repartição Simples:** é a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.49. Regulação de Sinistro:** é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.50. Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.51. Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.52. Seguradora:** a companhia de seguros, constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.
- 2.53. Sinistro:** é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.54. Vigência do Seguro:** é o período fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.55. Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. **Cobertura Básica de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.2. **Estão também previstas as seguintes Coberturas Adicionais, que só poderão ser contratadas em conjunto com a Cobertura Básica:**

CLÁUSULA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA

Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos das condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, em decorrência de morte acidental do segurado, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos das condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de indenização ao próprio segurado, caso seja caracterizada a Invalidez Permanente Total ou Parcial em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais e especiais da apólice de acidentes pessoais coletivo, o pagamento de indenização ao próprio segurado, caso seja caracterizada a Invalidez Permanente Total em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

Esta cláusula tem por objetivo garantir, em caso de evento coberto, o pagamento, até o limite contratado para esta cobertura, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, respeitada as condições contratuais, desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data da ocorrência do evento e não se trate de risco excluído.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPDa

Esta cláusula tem por objetivo garantir, em caso de evento coberto, o pagamento, até o limite contratado, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica de Morte Natural ou por Acidente (MNA), caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, respeitada as condições contratuais, desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data da ocorrência do evento e não se trate de risco excluído.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT

Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, a antecipação do pagamento do capital segurado relativo à cobertura básica de Morte Natural ou por Acidente (MNA) ao próprio segurado, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido nas condições previstas nesta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS

A presente cláusula adicional ao seguro de pessoas tem por objetivo garantir, em caso de evento coberto, o pagamento, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura ao próprio segurado, caso seja caracterizada a doença congênita do filho do segurado, constatada quando do seu nascimento, durante a vigência do seguro, respeitada as condições contratuais e o prazo de carência, **desde que não se trate de risco excluído**

CLÁUSULA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF

A presente cláusula tem por objeto a garantia, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de um valor máximo fixado no contrato para prestação de serviço ou reembolso dos gastos funerários, em caso de ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas,

conforme definido nas condições desta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de risco expressamente excluído da apólice de Seguro de Pessoas.**

CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS ESPECÍFICAS

A presente cláusula adicional ao seguro de pessoas tem por objeto garantir o reembolso de despesas, a quem comprovar seu desembolso, desde que decorrentes do óbito do segurado, coberto pelo contrato de seguro, observada as condições contratuais e estando à apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ILPD

A presente cláusula adicional ao seguro de pessoas tem por objeto garantir o pagamento de indenização, em caso de invalidez laborativa permanente total por doença correspondente ao capital segurado contratado para esta cobertura ao próprio segurado, sob critérios devidamente especificados nesta cláusula, observada as condições contratuais e estando à apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;**
- D) O BENEFICIÁRIO NÃO TEM DIREITO AO CAPITAL ESTIPULADO QUANDO O SEGURADO SE SUICIDA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO, CONFORME O ART. 798 DO CÓDIGO CIVIL;**
- E) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
- F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**
- G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS, E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DE RISCO.

6.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

6.2.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e da proposta de adesão deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

- 6.2.2.** Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e **com idade conforme definido no Contrato de Seguro.**
- 6.2.3.** Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.
- 6.2.4.** Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.
- 6.3.** O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
- 6.3.1.** **A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 6.3.2.** **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com pagamento de prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em condições normais de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.**
- 6.4.** Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 6.5.** Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 6.5.1.** **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), “pro rata temporis”, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias corridos da data da recusa.**
- 6.5.2.** **Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.**
- 6.5.3.** **A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 6.6.** A cada segurado aceito será enviado um certificado individual.
- 6.7.** Os aposentados, por outros motivos que não a invalidez, poderão ser incluídos no seguro pagando através do estipulante os respectivos prêmios, conforme definido nas condições gerais, especiais e no contrato de seguro, desde que não tenham sido beneficiados pela cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença ou Doença Terminal ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.
- 6.8.** Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice poderão ser mantidos no seguro, desde que não tenham sido contemplados pela cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou pela cobertura de Doença Terminal ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, e se previsto nas Condições Especiais e no Contrato de Seguro da Apólice.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1.** No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Natural ou Acidental será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Na falta de indicação de beneficiário(s) deverá ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, instituído pela Lei 10.406 de 10.01.2002.
- 7.2.** Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 7.3.** O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

- 7.4. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- 7.5. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 7.6. Art. 793. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 7.7. Todo segurado tem o direito de indicar, na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.
- 7.8. **O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA ASSINADA, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 7.8.1. **O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO. O CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 7.9. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 7.10. **CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100% (CEM POR CENTO), SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 7.10.1. **QUANDO HOVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA APENAS UM DOS BENEFICIÁRIOS, ESSE PERCENTUAL SERÁ MANTIDO. OS 50% (CINQUENTA POR CENTO) RESTANTES SERÃO RATEADOS ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.**
- 7.10.2. **QUANDO NÃO HOVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.**
- 7.11. **CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DO SEGURADO NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 7.11.1. **HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.**
- 7.11.2. **HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.**

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro, respeitando os limites estabelecidos.
- 8.2. Poderá haver uma ou mais classes de capitais segurados, mediante escala fixada em função de fatores objetivos, tais como remuneração, hierarquia, idade ou acordo entre as partes.
- 8.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de Morte.
- 8.4. Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

9. CUSTEIO DO SEGURO

- 9.1. De acordo com a opção do Estipulante, o custeio será definido no Contrato de Seguro e poderá ser:
- a) **Contributário:** aquele em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
- b) **Não contributário:** aquele em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

10. REGIME FINANCEIRO

- 10.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 10.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorrido naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1. O prêmio poderá ser mensal ou anual, conforme o definido nas Condições Contratuais.
- 11.2. **O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.**
- 11.3. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou Estipulante deverão efetuar o pagamento do Prêmio do seguro até a data de seu vencimento.
- 11.4. O pagamento dos prêmios do seguro serão efetuados de acordo com a periodicidade e data de vencimento estabelecida no contrato de Seguro.
- 11.5. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias e sem acréscimo de valor.
- 11.6. O prêmio será pago meio de ficha de compensação bancária ou de débito automático em conta-corrente, conforme definido no contrato de Seguro.
- 11.7. **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA O DÉBITO DO PRÊMIO EM CONTA CORRENTE CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NO ITEM 14.**
- 11.8. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios, quando aplicável: o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 11.9. **Por ocasião da renovação da apólice, anualmente, sem prejuízo da atualização monetária prevista no item 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA destas condições gerais, os prêmios de seguro, poderão ser reavaliados com o estipulante, com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados, observado também o critério técnico, definido na nota técnica atuarial deste seguro.**
- 11.10. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.11. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 19.**
- 11.12. Nos seguros contributórios, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento do seguro, a critério da Seguradora e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.
- 11.13. Mensalmente, até a data estabelecida no Contrato, deverá ser enviado à Seguradora por meio magnético as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo-se nome, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no Contrato, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior.
- 11.14. De posse dos dados, a Seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no Contrato para pagamento.

12. SEGURADOS AFASTADOS

- 12.1. Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, terão de ser pagos normalmente à Seguradora para não haver a interrupção da respectiva cobertura.
- 12.2. Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo segurado que se encontrar em plena atividade profissional.
- 12.3. **É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.**

12.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e no contrato de seguro.

13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

13.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. **No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**

13.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

13.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

13.3. O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

13.4. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 h das datas para tal fim neles indicadas.

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

13.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. **OS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES QUE ANTECEDEM O MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO SEGURO.**

14.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o **IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

14.3. Não caberá atualização monetária nos contratos com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

14.4. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do IGP-M/FGV, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

15.1. Na falta de pagamento de prêmios será aplicado o disposto no Contrato de Seguro.

15.2. **VENCIDO O PERÍODO PARA PAGAMENTO DOS PRÊMIOS EM ATRASO, DESCRITO NO CONTRATO DE SEGURO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DISPOSTO NO ITEM 6 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM NENHUM VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**

15.3. A Seguradora enviará correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio de seguro em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 15.2 destas condições gerais.

15.4. **OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.**

15.5. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
- c) com a exclusão do segurado da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte;
 - por falta de pagamento do prêmio, conforme definido no Contrato de Seguro; e
 - na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
Parágrafo único. O segurado poderá optar por manter seu seguro com as mesmas coberturas, assumindo os custos de risco e de cobrança, desde que haja no Contrato de Seguro a anuência do Estipulante e da Seguradora.
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Caso o segurado, seu(s) beneficiário(s), corretor de seguros e seus respectivos representantes legais, fizer(em) declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Beneficiário perderá o direito ao capital segurado e a Seguradora terá o direito ao prêmio vencido

17.3. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ:

I - NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

II - NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, O VALOR CALCULADO PROPORCIONALMENTE 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 PARA RISCOS FUTUROS.

III - NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE A COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

17.4. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, nos seguintes casos praticados pelo segurado, beneficiário, corretor e seus respectivos representantes legais:

- Não cumprimento das obrigações contratuais da apólice;
- Utilização de declarações falsas, simulação acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.

- 17.5. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 17.5.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.**
- 17.5.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.**
- 17.5.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.**
- 18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE**
- 18.1. A apólice de seguro o tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.**
- 18.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.**
- 18.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.**
- 18.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 19. CANCELAMENTO DA APÓLICE**
- 19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 19.2. 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.**
- 19.3. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**
- 19.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**
- I - a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:**

TABELA DE CURTO PRAZO			
Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em diasl	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em diasl	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da central de atendimento da mesma.

20.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo beneficiário, os documentos relacionados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).

20.2.1. Documentação para o evento **Morte Natural**:

- Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove a união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a);
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- **Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à Seguradora os seguintes documentos:**
 - a)** Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando-os;
 - b)** Cópias de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) menor(ES) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento dele(s). Independente da idade do(s) filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento(s) não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s);
 - c)** Cópia da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o seu óbito;

- d) Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a), caso exista companheira(o);
- Declaração médica preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;
- Os 3 (três) últimos contracheques, anteriores à data da ocorrência, no caso de Apólice com Capital Segurado Múltiplos de Salário.

20.2.2. Documentação para o evento **Morte Acidental:**

- Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o) é necessária Declaração que comprove a união estável, firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a);
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- **Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à Seguradora os seguintes documentos:**
 - a) Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando-os;
 - b) Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento(s) deles. Independente da idade do(s) filho(s) e/ou do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado, a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s);
 - c) Cópia da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o seu óbito. Caso seja solteiro(a), enviar a Certidão de Nascimento da pessoa que sofreu o sinistro;
 - d) Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a), caso exista companheira(o);
- Os 3 (três) últimos contracheques, anteriores à data da ocorrência, no caso de Apólice com Capital Segurado Múltiplos de salário;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico se o segurado for o piloto;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- Cópia do Laudo de Necropsia.

20.3. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

20.4. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**

20.5. **O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.

20.6. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas nos itens 20.2.

20.7. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 20.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.6

no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

- 20.8. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 20.9. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**
- 20.10. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 20.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 20.12.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 20.13.** Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.
- 20.14.** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 20.15.** O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago em parcela única.

21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 21.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.**
- 21.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 21.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 21.3.2.** No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 21.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 21.3.4.** A Seguradora deverá, sendo o caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:**
- A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUALQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;**

- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- G) 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;
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E
- L) 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.

22.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUBESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO;
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS;
- E) Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito à cominações legais previstas na legislação vigente.

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 23.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas.

24. PRESCRIÇÃO

- 24.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 25.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 25.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.3.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 25.4.** As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

25.5. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

25.6. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

26. SUB-ROGAÇÃO

26.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

27. FORO

27.1. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CLÁUSULA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, em decorrência de morte acidental do segurado, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura de Morte Acidental (MA):** É a garantia de pagamento de um capital adicional equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, se a morte do segurado for decorrente de acidente pessoal coberto, conforme definido nesta cláusula adicional, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DE SEGURO DE PESSOAS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:**

- 4.1.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- 4.1.2. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para a cobertura adicional de Morte Acidental (MA) terá como base de cálculo de seu valor, o capital segurado da Cobertura Básica de Morte, sendo sua proporcionalidade fixada nas Condições Contratuais da apólice e limitada ao máximo de 100% (cem por cento) do valor estabelecido para a cobertura básica.
- 5.2. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 5.3. Os capitais segurados pelas coberturas adicionais de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte (MA), deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura de Morte Acidental (MA) será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s), ou na falta de indicação de beneficiários será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente ou à(o) companheira(o) reconhecida(o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.
- 6.2. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
- b) Na eventualidade da ocorrência de sinistro por Morte, Doença Terminal ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (quando contratadas);
- c) Quando for cancelada a cobertura adicional de Morte Acidental (MA).

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Ocorrendo a morte acidental, coberta pelo seguro, o beneficiário do seguro, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.
- 8.2. Para o processo de regulação do sinistro de Morte Acidental deverão ser apresentados pelo beneficiário, os documentos elencados no subitem 20.2.2 das Condições Gerais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA**1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de indenização ao próprio segurado, em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

- 2.2. **Médico-Assistente:** É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

- Não serão aceitos como médico-assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia de pagamento de uma indenização, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente coberto, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, constante no item 3.2 - desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a Cobertura de Morte.

- 3.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.

3.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.2 desta cláusula adicional.

- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução **e, sendo informado apenas o grau de redução** (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, **respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);**
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.

3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
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
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do 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 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 da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

continua

continuação

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	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
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06	
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização	
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		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14	
Unilateral	07	

continua

continuação

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS (CONT.)	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	PERDA DO BAÇO	
		15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	
		75
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	30
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15

continua

continuação

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS (CONT.)	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
Epilepsia pós-traumática	20	
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:

- a) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- b) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 5.2. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

7. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 7.1. O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. **A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:**
- Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;**
 - Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte, Doença Terminal ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (quando contratada);**
 - Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.
- 9.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
 - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver);
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
 - Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
 - Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
 - Declaração médica (utilizar formulário de declaração médica de invalidez por acidente), devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.
- 9.3. **A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.**
- 9.4. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 9.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 9.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 9.7. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE**

IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

- 9.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 9.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**
- 9.10. Reconhecida a invalidez do segurado, pela sociedade seguradora, a indenização será paga de uma só vez.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.**

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais e especiais da apólice de acidentes pessoais coletivo, o pagamento de indenização ao próprio segurado, em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência DIRETA a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial por acidente DO SEGURADO, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos dois primeiros anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a segurada ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

- 2.2. **Médico-Assistente:** É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

- Não serão aceitos como médico-assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, conforme especificado no item 3.2, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

- 3.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total do uso de um membro ou órgão.

- 3.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total

AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**, descrita no item 3.2 desta cláusula adicional.

- a) **QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO**, da tabela constante no item 3.2. a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura individual. Da mesma forma, **HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO**, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total,
- b) Para efeito de pagamento, a perda funcional de membro ou órgão **JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE**, será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- c) **A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.**

3.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.

3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.2.1. Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável Nefrectomia Bilateral	

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:**

- A) **OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- B) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 5.2. A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado, observada as disposições das condições gerais.

7. PAGAMENTO DE PRÊMIO

7.1. O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;**
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte;**
- c) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.

9.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Declaração médica (utilizar formulário de declaração médica de invalidez por acidente), devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

9.3. A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

9.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

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

9.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

9.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

9.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

9.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.

9.10. Reconhecida a invalidez do segurado, pela sociedade seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETO DO SEGURO

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, em caso de evento coberto, o pagamento, até o limite contratado para esta cobertura, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, respeitada as condições contratuais, desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data da ocorrência do evento e não se trate de risco excluído.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a prática dos atos da vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas do corpo humano destinadas ao seu deslocamento.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatía Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatía Grave”.
- 2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Fase Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** Saudável.

2.26. Médico-assistente:

- a) É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- b) Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

2.28. Paciente Terminal: Considera-se paciente terminal os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.

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

2.30. Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

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

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

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

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

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD): É a garantia de pagamento de uma indenização, em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, observado o item 4 – Riscos Cobertos e as condições contratuais, desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2. Para todos os efeitos desta garantia é considerada Perda da Existência Independente do Segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado, comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros”.

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

3.4. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto nas condições gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- 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 do corpo humano, 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. Demais Riscos Cobertos:

- a) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos 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;
- b) O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos);
- c) 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;
- d) Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
- e) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados;
- f) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas;
- g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS ABAIXO ESPECIFICADOS:

- A) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
- B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
- C) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na Declaração Médica.
- 6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado e na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Ocorrendo a invalidez funcional permanente por doença, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.
- 8.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante.
 - Cópia do RG e CPF do segurado
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver)
 - Declaração médica preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório, contendo:
 - a) A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
 - b) Informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “Riscos Cobertos”;
 - c) Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - d) Detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior
 - Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais
 - Em caso de doença em fase terminal: Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada.
- 8.3. Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 8.4. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU AS SEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 8.5. **O SEGURADO SE COMPROMETE A SUBMETER-SE A EXAMES CLÍNICOS, SEMPRE QUE A SEGURADORA JULGAR NECESSÁRIO PARA ESCLARECIMENTO DE CONDIÇÕES RELACIONADAS AO QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE.**
- 8.6. No caso de divergências quanto à causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação do segurado, a constituição de junta médica.
- 8.7. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (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. 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.
- 8.8. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 8.9. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA COBERTURA CONTRATADA.**
- 8.10. **A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR PERÍCIAS E OU JUNTAS MÉDICAS QUE SE BASEIAM NA CARACTERIZAÇÃO DA INCAPACIDADE DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO MEDIDA DE OFICIALIZAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORATIVOS, ASSIM COMO QUAISQUER OUTROS RESULTADOS QUE SEJAM SUBSIDIADOS POR ELEMENTOS MÉDICOS CARACTERÍSTICOS APENAS DE GRAUS DE INCAPACIDADE PARCIAL.**

- 8.11.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.
- 8.12.** Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
- b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- c) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte e por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 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 REFRACTARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO - IFPDA**1. OBJETO DO SEGURO**

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, em caso de evento coberto, o pagamento, até o limite contratado, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica de Morte Natural ou por Acidente (MNA), caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, respeitada as condições contratuais, desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data da ocorrência do evento e não se trate de risco excluído.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a prática dos atos da vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas do corpo humano destinadas ao seu deslocamento.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Fase Terminal:**
- Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
 - A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

- 2.25. **Hígido:** Saudável.
- 2.26. **Médico-Assistente:** É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Paciente Terminal:** Considera-se paciente terminal os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.
- 2.29. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.30. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.31. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.32. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):** É a garantia de pagamento de uma indenização, em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, observado o item 4 – Riscos Cobertos e as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 3.2. Para todos os efeitos desta garantia é considerada Perda da Existência Independente do Segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado, comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros”.
- 3.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.4. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto nas condições gerais.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de **um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**
- 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 do corpo humano, 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:
- j) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Demais Riscos Cobertos:

- a) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos 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.
- b) O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- c) 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.
- d) Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- e) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- f) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS ABAIXO ESPECIFICADOS:

- A) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
- B) A INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, ASSIM ENTENDIDA AQUELA PARA A QUAL NÃO SE PODE ESPERAR RECUPERAÇÃO OU REABILITAÇÃO COM RECURSOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DE SUA CONSTATAÇÃO, PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO;
- C) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
- D) AS DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA POSSA GUARDAR ALGUMA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETA, EM QUALQUER EXPRESSÃO, COM ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO, EM QUALQUER TEMPO PREGRESSO;
- E) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;
- F) AS DOENÇAS NAS QUAIS SE DOCUMENTE ALGUMA INTERAÇÃO E OU INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS A TRAUMATISMOS E OU EXPOSIÇÕES A ESFORÇOS FÍSICOS, REPETITIVOS OU NÃO, E OU A POSTURAS VICIOSAS;
- G) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO;
- H) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NO ITEM DOS RISCOS COBERTOS.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na Declaração Médica.
- 6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado e na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Ocorrendo a invalidez funcional permanente por doença, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.
- 8.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
 - Cópia do RG e CPF do segurado;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
 - Declaração médica (utilizar formulário de declaração médica de invalidez por doença), devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório (utilizar o formulário de Declaração Médica de Invalidez por Doença), contendo:
 - a) A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
 - b) Informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “Riscos Cobertos”;
 - c) Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - d) Detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
 - Em caso de doença em fase terminal: Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada.
- 8.3. Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 8.4. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU AS SEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 8.5. **O SEGURADO SE COMPROMETE A SUBMETER-SE A EXAMES CLÍNICOS, SEMPRE QUE A SEGURADORA JULGAR NECESSÁRIO PARA ESCLARECIMENTO DE CONDIÇÕES RELACIONADAS AO QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE.**
- 8.6. No caso de divergências quanto à causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação do segurado, a constituição de junta médica.
- 8.7. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (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. 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.

- 8.8. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.
- 8.9. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA COBERTURA CONTRATADA.
- 8.10. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR PERÍCIAS E OU JUNTAS MÉDICAS QUE SE BASEIAM NA CARACTERIZAÇÃO DA INCAPACIDADE DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO MEDIDA DE OFICIALIZAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORATIVOS, ASSIM COMO QUAISQUER OUTROS RESULTADOS QUE SEJAM SUBSIDIADOS POR ELEMENTOS MÉDICOS CARACTERÍSTICOS APENAS DE GRAUS DE INCAPACIDADE PARCIAL.
- 8.11. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. **As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.**
- 8.12. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 9.1. A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:
- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
 - b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
 - c) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte e por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação;
 - d) **COM A EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE PELO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, POR TRATAR-SE DE ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE NATURAL OU POR ACIDENTE (MNA).**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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 INTELLECTUAL 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
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 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 HOVE 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 REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, a antecipação do pagamento do capital segurado relativo à cobertura básica de Morte Natural ou por Acidente (MNA) ao próprio segurado, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido nas condições previstas nesta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Médico-Assistente:** É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 2.2. **Paciente Terminal:**
- Considera-se paciente terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo máximo de 6 (seis) meses da data do diagnóstico;
 - A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.3. **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura de Doença Terminal (DT):** É o evento que possibilita a antecipação de 100% (cem por cento) da indenização relativa à Cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA), caso o segurado seja considerado paciente terminal, conforme definido nesta cláusula adicional, decorrido o período de carência conforme item 5- CARÊNCIA, e desde que não trate de risco expressamente excluído.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL AS DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO.**

5. CARÊNCIA

- 5.1. Para que o segurado adquira o referido benefício, torna-se necessário cumprir o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação desta cobertura ou do aumento de capital segurado ou da sua recondução, no caso de suspensão.
- 5.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para a cobertura adicional de Doença Terminal (DT) terá como base de pagamento o mesmo valor do capital segurado previsto para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental (MNA) vigente na data do evento.
- 6.2. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do respectivo atestado médico devidamente assinado pelo médico-assistente.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. **A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:**
- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
 - b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Doença Terminal (DT).

- c) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (quando contratada);
- d) **COM A EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE PELO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO POR DOENÇA TERMINAL (DT), POR TRATAR-SE DE ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE NATURAL OU POR ACIDENTE (MNA).**

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Constatando-se a Doença Terminal, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da mesma.
- 9.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
 - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
 - Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
 - Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;
 - Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevivência de no máximo 6 (seis) meses, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada;
- 9.3. **A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES E/OU PERÍCIA MÉDICA REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAÇÃO DA PATOLOGIA QUE CARACTERIZE DOENÇA TERMINAL.**
- 9.4. No caso de divergências quanto à patologia que caracterize Doença Terminal, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 9.5. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, 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 sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 9.6. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 9.7. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 9.8. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplica-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS

1. OBJETO DO SEGURO

- 1.1. O objeto do seguro é a garantia, em caso de evento coberto, do pagamento, até o limite contratado para esta cobertura ao próprio segurado, caso seja caracterizada a doença congênita do filho do segurado, constatada quando do seu nascimento, durante a vigência do seguro, respeitada as condições contratuais e o prazo de carência, desde que não se trate de risco excluído.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Doenças Congênitas:** aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa.

3. GRUPO SEGURADO

- 3.1. Filhos legítimos dos segurados, recém nascidos com vida, que apresentarem doença congênita devidamente comprovada por médico habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.
- 3.2. **Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Congênitas:**
- a) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e
 - b) decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Corresponderá ao prazo de 03 (três) meses a partir do início de vigência da proposta ou da inclusão da cobertura adicional.
- 5.2. Não terá cobertura as doenças congênitas de conhecimento do segurado antes da contratação do seguro ou diagnosticadas no período de carência da cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Corresponderá ao valor de capital segurado indicado na proposta de adesão e nas condições contratuais do seguro.

7. PRÊMIO

- 7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido na proposta de adesão e nas condições contratuais do plano.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 8.1. Esta cobertura adicional cessará:
- a) ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou quando da solicitação do cancelamento da cobertura pelo segurado ou estipulante;
 - b) quando o segurado deixar de contribuir com o prêmio.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. A constatação da ocorrência do evento deverá ser realizada até os 3 (três) primeiros meses de vida do filho do segurado, devendo ser comunicada a seguradora e apresentados os seguintes documentos básicos:
- a) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
 - b) exames e laudos médicos que indiquem a doença congênita;
 - c) cópia da Certidão de Nascimento do filho;
 - d) cópia do CPF e RG/RNE do segurado;
 - e) comprovante de residência do segurado; e
 - f) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF

1. OBJETO DO SEGURO

- 1.1. A presente cláusula tem por objeto a garantia, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de Seguro de Pessoas, o pagamento de um valor máximo fixado no contrato para prestação de serviço ou reembolso dos gastos funerários, em caso de ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, conforme definido nas condições desta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de risco expressamente excluído da apólice de Seguro de Pessoas.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1 **Auxílio Funeral:** Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, **desde que não trate de risco expressamente excluído.**

3.2 Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

3.2.1 **Individual:** Fica coberto somente o segurado titular.

3.2.2 **Familiar:** Ficam cobertos o segurado principal e seus dependentes cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos de idade devidamente incluídos no seguro. No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

3.3 **Evento coberto:** Morte Natural ou Morte Acidental.

3.4 O segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.

3.4.1 Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada.
- b) O reembolso das **despesas com funeral** suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

3.4.2 Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

- a) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da Seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil.
- b) **O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado.**

3.4.3 Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);
- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;
- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
- Locação de jazigo em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

- 3.4.4** Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.
- 3.4.5** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA do beneficiário ou da família do segurado.**
- 3.4.6** **Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- 3.4.7** **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 3.4.7.1** A localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais. as disponibilidades as disponibilidades as disponibilidades
- 3.4.8** **Traslado:** traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a)** O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizada quando a distância for superior ao limite especificado no plano contratado.
- b)** Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.
- C) A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**
- 3.4.9** **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.
- 3.4.10.** Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da Seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** OS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS TAMBÉM SE APLICAM A ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.
- 4.2** CONSTITUEM RISCOS E EVENTOS NÃO COBERTOS E, PORTANTO, SEM QUALQUER RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA PELA COBERTURA DE SEUS RESPECTIVOS SERVIÇOS E DESPESAS RESPECTIVAS:
- a) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA;**
- b) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;**
- c) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1** O âmbito territorial das coberturas é o globo terrestre.
- 5.2** O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.
- 5.3** O âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1** O capital segurado para a cobertura adicional de Auxílio Funeral (AF) será estabelecido no Contrato de Seguro.
- 6.2** Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, **para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, a data do falecimento do segurado.**
- 6.3** Em qualquer hipótese, o capital segurado do dependente, para plano familiar, será estabelecido nas Condições Contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1 Em caso de Reembolso Funeral, considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o representante da família do segurado responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral.
- 7.2 Em caso de Assistência Funeral, considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1 **A garantia desta cobertura individual cessa quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de acordo com as condições de cessação da cobertura individual de cada segurado. E ainda:**
- Com o cancelamento desta cláusula;
 - Com a dissolução do matrimônio, o cônjuge perderá automaticamente o direito de utilização desta cláusula;
 - Para os filhos maiores de 21 (vinte e um) anos;
 - Com o falecimento do segurado principal, a partir da data do óbito.

9. CANCELAMENTO

- 9.1 A presente cláusula vigorará conforme período de vigência estabelecido na apólice, podendo, todavia, ser rescindido a qualquer tempo, por consenso de ambas as partes, ou juntamente com o cancelamento da apólice.
- 9.2 **Ocorrendo o cancelamento da apólice, os serviços de Assistência e/ou reembolso dos gastos funerários estarão automaticamente extintos e o Estipulante obriga-se a comunicar a todos os segurados sobre este encerramento, não sendo devida qualquer indenização pela Seguradora ocasionada pela extinção destes serviços.**

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1. O beneficiário ou representante da família do segurado deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 10.2. Em caso de reembolso, para o processo de regulação do sinistro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) ser apresentados os documentos relacionados abaixo:
- Cópia da certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro.
 - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro.
 - Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral.
 - Original das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.
- 10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).
- 10.4. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 10.5. **Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a Seguradora poderá requerer do beneficiário ou do segurado titular o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.**
- 10.6. **Quando a Seguradora recusar o sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término do prazo para análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1 Aplicam-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS ESPECÍFICAS

1. OBJETO

- 1.1. A presente cláusula adicional ao seguro de pessoas tem por objeto garantir o reembolso de despesas, a quem comprovar seu desembolso, desde que decorrentes do óbito do segurado, coberto pelo contrato de seguro, observada as condições contratuais e estando à apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

2. COBERTURA DO SEGURO

- 2.1. **Cobertura de Reembolso de Despesas Específicas:** Garante o **reembolso** de valores referentes às despesas necessárias para regularização e providências decorrentes do óbito do segurado em consequência **de evento coberto**, até o limite do capital segurado contratado, **desde que não se trate de risco expressamente excluído**, conforme definição abaixo e de acordo com o estabelecido no Contrato de Seguro.
- 2.2. **Considera-se “Despesa”, para efeito do seguro contratado, desde que devidamente comprovadas, aquelas necessárias para obtenção de documentos em cartório, despachante ou outras custas devidamente justificadas ou previamente aprovadas, por escrito, pela Seguradora, que viabilizem a execução das formalidades e providências decorrentes do óbito do segurado.**
- 2.3. **Incluem-se neste conceito, as despesas, devidamente comprovadas, provenientes do funeral do segurado, limitadas ao capital segurado, desde que o segurado não possua o benefício da assistência funeral ou que seja comprovado tratar-se de valor despendido não amparado ou reembolsado pela referida assistência.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro estão também expressamente excluídos da garantia desta Cobertura:
- A) **QUAISQUER VALORES REFERENTES A DÉBITOS DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE, TAIS COMO, MAS SEM SE LIMITAR, A EMPRÉSTIMOS, QUAISQUER CONVÊNIOS (FARMÁCIA, CURSOS, ACADEMIA, ENTRE OUTROS), ASSOCIAÇÕES COM GRÊMIO, AQUISIÇÃO DE BENS DA EMPRESA;**
 - B) **QUAISQUER VALORES DEVIDOS E/OU PAGOS PELO ESTIPULANTE, REFERENTES ÀS VERBAS RESCISÓRIAS E DEMAIS OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS E LEGAIS, COMO SALDO DE SALÁRIO, FÉRIAS, 13º SALÁRIO, FGTS, PLR, MULTAS E DEMAIS VERBAS RESCISÓRIAS DECORRENTES DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO DO SEGURADO;**
 - C) **DESPESAS PARA ABERTURA E CUSTEIO DOS TRÂMITES DE PROCESSO DE INVENTÁRIO;**
 - D) **QUAISQUER VALORES REFERENTES A HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DECORRENTES DO FALECIMENTO DO SEGURADO;**
 - E) **QUAISQUER DÍVIDAS ADQUIRIDAS PELO SEGURADO;**
 - F) **QUAISQUER VALORES REFERENTES A DÉBITOS DO EMPREGADO JUNTO A HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO MÉDICO;**
 - G) **DESPESAS INCORRIDAS COM O FUNERAL AMPARADAS POR SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL OU SEGURO ESPECÍFICO.**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. Âmbito Nacional e Internacional de cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, considera-se como data do evento para a Cobertura Adicional de Reembolso de Despesas Específicas, a data do falecimento do segurado. O capital segurado desta Cláusula é limitado a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a Cobertura Básica (Morte), limitado ao valor nominal estabelecido nas Condições Contratuais.

6. INÍCIO DA COBERTURA

- 6.1. A cobertura de Reembolso de Despesas Específicas começará a vigorar a partir da data da contratação, conforme as Condições Gerais do Seguro, ou da data de inclusão da cobertura por meio de Endosso a Apólice.
- 6.2. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. O beneficiário do seguro para a cobertura de Reembolso das Despesas Específicas será aquele que comprovar o desembolso de valores mediante apresentação das notas fiscais ou recibos.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

- 8.1. A garantia desta cláusula adicional cessa nas seguintes situações:
- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
 - b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte, a partir da data do óbito;
 - c) Quando for cancelada a cobertura de Reembolso de Despesas Específicas.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Ocorrendo a Morte do segurado coberto pelo seguro, o deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 9.2. A regulação do sinistro se dará conforme definido nas Condições Gerais.
- 9.3. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados, para comprovar o desembolso de valores, os documentos relacionados abaixo:
- a) **Notas fiscais e/ou recibos referentes às despesas para obtenção de documentação que possibilitem a execução das formalidades decorrentes do óbito do segurado;**
 - b) **Notas fiscais e/ou recibos inerentes as despesas com funeral, observado o disposto no item 2.1.1.1.**
- 9.3.1. **As notas fiscais/recibos não poderão conter rasuras ou emendas, sob pena da Seguradora não efetuar o reembolso relacionado ao documento rasurado ou emendado.**
- 9.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.
- 9.5. Quando a Seguradora recusar o sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s), por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término do prazo para análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos.
- 9.5.1. **A indenização da cobertura prevista nesta Cláusula só será devida quando caracterizado o evento coberto pelo seguro na cobertura básica (Morte).**
 - 9.5.2. **Quando houver indenização a ser paga referente à cobertura de Reembolso de Despesa, reembolso do valor será realizado após a regulação e liberação de pagamento da cobertura básica (Morte).**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento de indenização, em caso de invalidez laborativa permanente total por doença correspondente ao capital segurado contratado para esta cobertura ao próprio segurado, sob critérios devidamente especificados nesta cobertura adicional, observada as condições contratuais e estando a apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 1.2. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, conforme itens de aceitação/elegibilidade para contratação estabelecido nesta cláusula e no contrato de seguros e que possuam carteira de trabalho assinada em conformidade com a CLT, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos no último vínculo para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Considera-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença do segurado 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.
 - 2.1.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, conforme item anterior.
- 2.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
 - 2.2.1. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação.
- 2.3. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data indicada na "Declaração Médica", como sendo a data a partir da qual a Invalidez se apresentou caracterizada.
- 2.5. **Não podem configurar como segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.**
 - 2.5.1. Se, nessas condições, houver a contratação, verificada a hipótese, a seguradora devolverá o(s) prêmio(s) pago(s) por esta cobertura.
- 2.6. **Essa cobertura NÃO poderá ser contratada simultaneamente à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e/ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação e/ou Doença Terminal.**
- 2.7. **A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, NÃO caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA GARANTIA DESTA COBERTURA:**
 - i. **DOENÇAS PREEXISTENTES, ASSIM ENTENDIDO: ESTADOS MÓRBIDOS E DOENÇAS CONTRAÍDAS ANTERIORMENTE À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NO ATO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;**
 - ii. **DOENÇAS AGRAVADAS POR TRAUMATISMOS;**
 - iii. **INVALIDEZ QUE LIMITE PARCIALMENTE A CAPACIDADE LABORATIVA DO SEGURADO;**
 - iv. **LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO (LER), DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO (DORT) E LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO (LTC);**
 - v. **DOENÇAS DE CARÁTER MENTAL, PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO;**
 - vi. **INCAPACIDADE LABORATIVA EM DECORRENCIA DE MUDANÇA DE SEXO OU ESTERILIZAÇÃO;**
 - vii. **NÃO TERÃO COBERTURA AS DOENÇAS DIAGNOSTICADAS NO PERÍODO DE CARÊNCIA DA COBERTURA.**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. Âmbito Nacional e Internacional de cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Corresponderá ao valor indicado na proposta de adesão e nas condições contratuais do seguro para esta cobertura.
- 5.2. O pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.
- 5.3. Considera-se como data de evento nesta cobertura adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de caracterização da invalidez indicada na Declaração Médica.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Corresponderá ao prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir do início de vigência da proposta ou da inclusão da cobertura adicional.
- 6.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

- 8.1. Além das situações previstas na **CLÁUSULA 16 – CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL** das condições gerais, a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) cessa:
 - d) Com o pagamento da indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença;
 - e) Quando for cancelada esta cobertura adicional;
 - f) Com o pagamento de indenização referente a qualquer cobertura que implique no cancelamento da apólice.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. **A caracterização da Invalidez Laborativa Total por Doença deverá ser comprovada mediante** uma declaração médica de profissional devidamente habilitado, acompanhada de exames que comprovem o quadro clínico **que deu causa à invalidez.**
- 9.2. **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, caso ele a tanto se negue.**
- 9.3. No caso de divergências quanto à patologia que caracterize a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 9.4. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, 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 sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 9.5. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 9.6. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 9.7. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez Laborativa Permanente por Doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.
- 9.8. Ocorrendo qualquer evento passível de cobertura por este seguro, o segurado/solicitante deverá comunicar imediatamente a Seguradora, por meio da central de atendimento.
- 9.9. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado, os documentos relacionados abaixo:
 - Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
 - Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);

- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez;
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a invalidez do segurado;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia simples das seguintes páginas da carteira de trabalho do segurado: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão.
- Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro e Registro de Informações Cadastrais

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cobertura adicional

OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CONTATO

Ouvidoria: 0800 880 2930 ou pelo site www.bbseguros.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Disque Denúncia
0800-775-7333

A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, o Banco do Brasil divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.