

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

PROCESSO SUSEP Nº XXXXX.XXXXXX/XXXX-XX

SUMÁRIO

DISPOSIÇÕES INICIAIS	4
CONDIÇÕES GERAIS	4
1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	5
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	6
5. RISCOS EXCLUÍDOS	6
6. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO	7
7. AGRAVAMENTO DO RISCO	8
8. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	8
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	9
10. CAPITAL SEGURADO	9
11. BENEFICIÁRIOS	9
12. CARÊNCIA E FRANQUIA	9
13. CUSTEIO DO SEGURO	10
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO	10
15. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DA TAXA MÉDIA	11
16. CANCELAMENTO E CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	11
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	12
18. PERDA DE DIREITOS	12
19. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	12
20. REGIME FINANCEIRO	13
21. PRESCRIÇÃO	13
22. FORO	14
23. SUB-ROGAÇÃO	14
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	14
CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE MORTE	15
CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)	17
CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	18
CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	22
CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	24
CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	27
CONDIÇÃO ESPECIAL — DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA (DIT)	29
CONDIÇÃO ESPECIAL — PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)	31
CONDIÇÃO ESPECIAL — DOENÇAS GRAVES (DG)	32
CONDIÇÃO ESPECIAL — AUXÍLIO-FUNERAL	40
CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	41

DISPOSIÇÕES INICIAIS

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

As Condições Especiais das coberturas contratadas fazem parte integrante destas Condições Gerais. Em caso de conflito, as Condições Especiais prevalecem sobre as Gerais. As Condições Particulares prevalecem sobre as Especiais

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, ou aos seus Beneficiários, o pagamento das indenizações previstas nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, até os limites de Capital Segurado fixados no Certificado Individual, em razão da ocorrência dos eventos cobertos definidos neste instrumento.
- 1.2 Este seguro é contratado na modalidade coletiva, sob a forma de Seguro de Vida em Grupo, sendo o Estipulante o representante do grupo segurável perante a Sociedade Seguradora, nos termos da legislação vigente.
- 1.3 As coberturas previstas neste seguro somente produzirão efeitos quando contratadas e expressamente indicadas no Certificado Individual, sendo as demais consideradas não contratadas para todos os fins.
- 1.4 As indenizações relativas a coberturas cujo evento gerador seja o mesmo sinistro observarão as regras de acumulação ou não acumulação estabelecidas em cada Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para os fins destas Condições Gerais, adotam-se as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio voluntário será equiparado, para fins de pagamento de indenização, após dois anos de vigência do seguro, a acidente pessoal.
- b) **APÓLICE COLETIVA:** documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante.
- c) **BENEFICIÁRIO:** pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado, ou, na sua falta, definida por lei, para o recebimento da indenização em caso de morte.
- d) **CAPITAL SEGURADO:** valor máximo que a Seguradora pagará a título de indenização em caso de Sinistro coberto.
- e) **CARÊNCIA:** período contínuo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Sociedade Seguradora não responde por eventos ocorridos, ainda que cobertos.
- f) **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** documento emitido pela Sociedade Seguradora para cada segurado, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

- g) **CONTRATO:** instrumento firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações das partes.
- h) **COBERTURA:** garantia relativa a um risco específico, definida em Condição Especial própria, que somente vigora quando contratada.
- i) **COMORIÊNCIA:** morte simultânea ou praticamente simultânea do Segurado e do Beneficiário em circunstâncias que não permitam determinar quem faleceu **primeiro**.
- j) **CÔNJUGE:** pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil ou o(a) companheiro(a) em união estável reconhecida nos termos da legislação em vigor, inclusive quando do mesmo sexo, cuja condição seja comprovada na forma da Condição Especial — Cobertura de Inclusão de Cônjuge. Quando incluído no seguro, é denominado Segurado Dependente Cônjuge.
- k) **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE:** documento que pode integrar a Proposta de Adesão com informações sobre as condições de saúde atuais e pregressas do Proponente, usadas pela Seguradora na avaliação do risco.
- l) **DOENÇA PREEXISTENTE:** doença que o Segurado já tinha antes de contratar o seguro, da qual tinha conhecimento.
- m) **ENDOSSO:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.
- n) **ESTIPULANTE:** pessoa jurídica que contrata a Apólice Coletiva perante a Sociedade Seguradora, representando os interesses dos Segurados na forma da legislação aplicável.
- o) **FRANQUIA:** período ou valor, fixado nas Condições Especiais e/ou no Certificado Individual, durante ou até o qual a Sociedade Seguradora não responde pela indenização.
- p) **GRUPO SEGURADO:** totalidade das pessoas efetivamente aceitas e incluídas na Apólice Coletiva.
- q) **GRUPO SEGURÁVEL:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos.
- r) **NOTA TÉCNICA ATUARIAL:** documento técnico, elaborado por atuário responsável e registrado perante a Susep, que define os critérios de cálculo da Taxa Média, dos Prêmios e das demais bases técnicas deste seguro.
- s) **PRÊMIO:** valor pago pelo Segurado ou pelo Estipulante à Seguradora para obter as coberturas contratadas.
- t) **PROPONENTE:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro ou aderir à Apólice Coletiva.
- u) **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento por meio do qual o proponente formaliza o interesse de aderir ao seguro coletivo contratado pelo Estipulante e declara ter conhecimento das condições contratuais.
- v) **RISCOS EXCLUÍDOS:** são aqueles riscos, previstos nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, que não são cobertos por este seguro.
- w) **SEGURADO:** pessoa física em favor de quem se estabelece a cobertura do seguro. Subdivide-se em: (a) Segurado Principal — quem mantém vínculo diretamente com o Estipulante; e (b) Segurado Dependente — cônjuge, companheiro(a), filhos, enteados e menores dependentes do Segurado Principal, conforme a legislação.
- x) **SEGURADORA:** SPLIT RISK SEGURADORA S.A.
- y) **SINISTRO:** ocorrência, durante a vigência do seguro, do evento previsto e coberto nas Condições Gerais e Especiais, gerador do direito à indenização.
- z) **TAXA MÉDIA:** percentual único, calculado com base no perfil de risco (idade, sexo e demais características relevantes) do Grupo Segurável, aplicado de forma uniforme a todos os Segurados integrantes do Grupo Segurado para o cálculo do Prêmio, independentemente da faixa etária individual de cada Segurado, apurado conforme critérios técnicos constantes da Nota Técnica Atuarial do plano e sujeito a reavaliação na forma da Cláusula 15ª.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 Observadas as condições de contratação estabelecidas no Certificado Individual, poderão ser contratadas, isolada ou conjuntamente, as seguintes coberturas, cada qual disciplinada em Condição Especial própria, parte integrante destas Condições Gerais:

3.2 Cobertura Básica

a) Morte.

3.3 Coberturas Facultativas

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- e) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- f) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT);
- g) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- h) Doenças Graves (DG); e
- i) Auxílio-Funeral.

3.4 Coberturas Suplementares

- a) Inclusão de Cônjuge; e
- b) Inclusão de Filho(s).

3.5 Os detalhes de cada cobertura — riscos cobertos, Capital Segurado, exclusões específicas e demais condições — constam das Condições Especiais correspondentes.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1 As coberturas abrangem os eventos ocorridos em qualquer parte do mundo, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais de cada cobertura.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além das exclusões específicas previstas em cada Condição Especial, estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) guerra, guerra civil, atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, revolução, motim e atos terroristas, quando reconhecidos como tais por autoridade competente;
- c) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, tempestades e outras convulsões da natureza;
- d) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Estipulante, pelo Beneficiário ou pelo representante de qualquer destes;
- e) lesões, acidentes ou sequelas sofridos antes da contratação
- f) doenças preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;

- h) prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- i) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida ou integridade física de outrem, exceto em legítima defesa ou assistência a pessoa em perigo;
- j) competições ilegais.

6. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO

- 6.1 A adesão do Segurado ao seguro coletivo dá-se por meio de Proposta de Adesão, que pode conter Declaração Pessoal de Saúde, dispensada nos planos não contributários custeados integralmente pelo Estipulante.
- 6.2 A Proposta de Adesão se formaliza com a assinatura pelo Proponente, por seu representante legal, pelo corretor de seguros ou pelo Estipulante, após ciência das condições contratuais.
- 6.3 Na Proposta de Adesão deverão ser fornecidas todas as informações necessárias à análise do risco e ao cálculo do Prêmio, de acordo com o Questionário de Avaliação de Risco submetido pela Seguradora:
 - a) Se a omissão ou inexatidão for dolosa, o Segurado perde o direito à indenização, sem prejuízo do Prêmio devido e da obrigação de ressarcir as despesas da Seguradora.
 - b) Se a omissão ou inexatidão for culposa, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido.
 - c) Se os fatos não revelados tornarem a garantia tecnicamente impossível, ou corresponderem a um risco que a Seguradora não subscreveria, o contrato será extinto, sem prejuízo do ressarcimento das despesas da Seguradora. Considera-se tecnicamente impossível a garantia de riscos que:
 - i. impliquem aumento ou redução do valor segurado igual ou superior a 20% (vinte por cento) do Capital Segurado já contratado;
 - ii. não sejam da mesma natureza do interesse segurado ou de ramos não operados pela Seguradora;
 - iii. não permitam à Seguradora obter resseguro ou cosseguro em condições técnicas e comerciais satisfatórias; ou
 - iv. cujo impacto atuarial altere substancialmente as provisões técnicas da Seguradora.
- 6.4 As partes e quaisquer terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, deverão informar todas as circunstâncias relevantes de que tenham conhecimento ou que razoavelmente devam conhecer acerca do interesse segurado e do risco a ser garantido, conforme as regras ordinárias de conhecimento.
- 6.5 Caso a Seguradora solicite informações sobre o risco e o interesse garantido durante a execução do contrato, a omissão do Segurado implicará a perda do direito ao seguro e à indenização, sem prejuízo da obrigação de pagamento do Prêmio:
 - a) Tal consequência será aplicável ainda que a omissão seja constatada após a ocorrência do Sinistro.
 - b) O Segurado poderá afastar a consequência acima mediante a comprovação da natureza não intencional da omissão e de sua boa-fé, bem como mediante o pagamento da diferença de Prêmio correspondente ao risco efetivamente assumido.
- 6.6 Poderão ser incluídos como Segurados Principais as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos no Contrato e no Certificado Individual.
- 6.7 A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.
- 6.8 A Aceitação do seguro ocorrerá no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data do recebimento da Proposta. A não manifestação da seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias caracterizará aceitação tácita.

- 6.9 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentos e o prazo para aceitação será interrompido e recomeça a partir do atendimento da solicitação.
- 6.10 Em qualquer hipótese de não aceitação, a seguradora comunicará formalmente a sua decisão ao proponente, o estipulante, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com justificativa fundamentada.
- 6.11 Se houve adiantamento de Prêmio e a proposta foi recusada, o valor será devolvido em até 10 (dez) dias corridos da recusa, deduzido proporcionalmente ao período de cobertura provisória.
- 6.12 Aceita a proposta, a Seguradora emitirá o Certificado Individual ao Segurado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da aceitação.

7. AGRAVAMENTO DO RISCO

- 7.1 O Segurado não pode agravar, intencionalmente e de forma relevante, o risco coberto. Considera-se relevante o agravamento que aumente significativa e continuamente a probabilidade do Sinistro ou a gravidade de seus efeitos.
- 7.2 Caso identifique um agravamento relevante, o Segurado deve comunicar à Seguradora o quanto antes.
- 7.3 Ao ser comunicada, a Seguradora tem 20 (vinte) dias para cobrar diferença de prêmio.
- 7.4 Se o Segurado deixar dolosamente de comunicar o agravamento, perde o direito à garantia e deve ressarcir as despesas da Seguradora, além de pagar o Prêmio vincendo. Se o descumprimento for culposos, fica obrigado a pagar a diferença de Prêmio apurada pela Seguradora.
- 7.5 Se o aumento de Prêmio decorrente do agravamento superar 10% (dez por cento) do valor original, o Segurado pode recusar a modificação e resolver o contrato em 15 (quinze) dias, contados da ciência da alteração.
- 7.6 Se houver redução relevante do risco, o Segurado pode solicitar à Seguradora a revisão do prêmio, apresentando a devida comprovação.

8. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 8.1 Cabe ao Estipulante, entre outras obrigações previstas no Contrato:
- a) agir com lealdade e boa-fé, fornecendo à Seguradora as informações necessárias à aceitação da Proposta e ao cálculo do prêmio;
 - b) informar aos Segurados as condições do seguro contratado e as respectivas alterações, previamente à adesão;
 - c) repassar à Seguradora, nos prazos e condições do contrato, os prêmios arrecadados;
 - d) manter atualizados os dados cadastrais dos Segurados e comunicar tempestivamente alterações relevantes no risco;
 - e) fornecer aos Segurados os documentos necessários ao exercício de seus direitos;
 - f) informar os Segurados sobre qualquer alteração nas condições do seguro;
 - g) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando for de sua responsabilidade;
 - h) comunicar todos os Segurados sobre eventuais alterações na apólice e obter anuência prévia de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado para alterações e renovações que impliquem ônus, deveres adicionais ou redução de direitos;
 - i) comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer Sinistro referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;

- j) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estabelecidos para a regulação e liquidação de Sinistros, conforme definidos nas condições contratuais;
- k) comunicar à SUSEP quaisquer práticas ou irregularidades relativas ao seguro contratado de que tiver conhecimento; e
- l) Fornecer à SUSEP, nos prazos por ela estabelecidos, todas as informações e documentos solicitados no âmbito de sua atuação como estipulante.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 9.1 A apólice vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início e termina às 24 (vinte e quatro) horas da data de término estabelecidas no Contrato e na Apólice, podendo ser renovada automaticamente, salvo se a Seguradora se manifestar em sentido contrário, mediante aviso prévio ao Estipulante, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 9.2 A vigência do Certificado Individual começa às 24 (vinte e quatro) horas da data de início e termina às 24 (vinte e quatro) horas da data de término indicadas no Certificado Individual.
- 9.3 A data de início de vigência do certificado individual coincidirá com a data de aceitação da proposta, ou outra data expressamente acordada entre as partes, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.
- 9.4 A data de início de vigência do certificado individual coincidirá com a data de recebimento do prêmio, caso a proposta seja aceita pela Seguradora, quando esta for recebida com adiantamento de prêmio.
- 9.5 O Certificado Individual pode ser renovado automaticamente por igual período

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1 O Capital Segurado é o valor máximo que a Seguradora pagará caso ocorra um Sinistro coberto. Seu valor e forma de pagamento estão definidos no Certificado Individual.
- 10.2 Para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, independentemente do Capital Segurado, a indenização se limita ao reembolso de despesas. Em caso de falecimento, as coberturas de Morte, Morte Acidental e Auxílio Funeral, destinam-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

11. BENEFICIÁRIOS

- 11.1 O Segurado poderá livremente indicar e alterar, a qualquer tempo, o(s) Beneficiário(s).
- 11.2 Prevalece a última indicação ou alteração de Beneficiário recebida pela Seguradora antes do Sinistro. Se a Seguradora não for comunicada oportunamente sobre a nomeação do novo Beneficiário, a Seguradora fica exonerada ao pagar conforme a indicação anterior
- 11.3 Na ausência de indicação de Beneficiário, ou caso a indicação seja inválida, a indenização será paga na forma prevista na legislação civil vigente.
- 11.4 Nas coberturas cujo pagamento seja devido ao próprio Segurado, a indenização será paga diretamente a ele, ressalvada a hipótese de sua incapacidade civil, quando será paga ao seu representante legal.
- 11.5 Em caso de comoriência de Segurado Principal e Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados de cada um devem ser pagos aos seus respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência, aos herdeiros legais

12. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 12.1 O prazo de carência de cada cobertura, quando houver, será definido no Certificado Individual e será de, no máximo, metade do prazo da vigência individual, contado a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 12.2 Não haverá carência para as coberturas cujo evento gerador seja decorrente de Acidente Pessoal.
- 12.3 Não será exigido o cumprimento de novo prazo de carência por ocasião da renovação ou da substituição da Apólice ou do Certificado Individual, ainda que por outra seguradora, ressalvado o acréscimo de Capital Segurado, hipótese em que a carência incidirá exclusivamente sobre o valor do acréscimo, permanecendo integralmente garantido o capital já vigente.
- 12.4 Para suicídio voluntário, aplica-se carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência individual. Essa carência não se aplica se o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro.
- 12.5 Se ocorrer Sinistro durante o período de carência, a Seguradora devolverá o Prêmio pago referente àquela cobertura.
- 12.6 O pagamento antecipado do Prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 12.7 As Franquias, quando aplicáveis, estão descritas nas Condições Especiais de cada cobertura e no Certificado Individual.

13. CUSTEIO DO SEGURO

- 13.1 O custeio do Prêmio pode ser:
- a) Não contributivo: o Segurado não paga o prêmio; ele é pago integralmente pelo Estipulante; ou
 - b) Contributivo: o Segurado paga o Prêmio total ou parcialmente.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1 O Prêmio deste seguro é calculado com base na Taxa Média aplicável ao Grupo Segurado, a partir das informações prestadas quando da contratação da Apólice Coletiva, sendo uniforme para todos os Segurados, independentemente da idade individual de cada um. A Taxa Média vigora durante todo o período anual de vigência da Apólice Coletiva, sendo fixa para todos os Segurados nesse período, independentemente de eventual alteração da composição etária do Grupo Segurado ocorrida nesse intervalo.
- 14.2 A inclusão de novos Segurados no Grupo Segurado, durante o período de vigência anual, observará a Taxa Média então vigente para o Grupo Segurado, sem reavaliação individual por idade.
- 14.3 Os Prêmios devem ser pagos até a data estabelecida pela Seguradora no documento de cobrança. Se essa data cair em feriado bancário ou fim de semana, o pagamento pode ser feito no primeiro dia útil seguinte.
- 14.4 O pagamento do prêmio será feito à Seguradora pela rede bancária, débito em conta ou outras formas admitidas em lei.
- 14.5 O Estipulante não pode cobrar dos Segurados qualquer valor além do Prêmio. Quando houver cobrança conjunta com outros valores, o Prêmio deve ser destacado no documento de cobrança, por cobertura. É vedada qualquer taxa de inscrição ou intermediação.
- 14.6 O prêmio pago ao Estipulante considera-se feito à Sociedade Seguradora.
- 14.7 O direito à indenização não fica prejudicado se o Sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do Prêmio ou de suas parcelas, mesmo que ainda não tenha sido pago, e desde que o Prêmio não esteja em

atraso. Quando o pagamento da indenização implicar cancelamento da cobertura individual, as parcelas vincendas do Prêmio serão deduzidas da indenização.

14.8 O não pagamento do Prêmio Único à vista ou da primeira parcela até a data de vencimento, implicará o cancelamento automático do seguro, sem direito à cobertura.

14.9 Na falta de pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, a Seguradora notificará o Estipulante e/ou o Segurado, por meio idôneo que comprove o recebimento, informando as consequências da mora e concedendo-lhe o prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento da notificação, para a purgação da mora.

14.10 A partir da data da notificação e até a purgação da mora ou a resolução do contrato, a cobertura do Segurado inadimplente ficará suspensa, cessando a responsabilidade da Seguradora por sinistros ocorridos durante a suspensão, sendo vedada, neste período, a cobrança de prêmio correspondente.

14.11 A cobertura será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento, respondendo a Seguradora apenas por sinistros ocorridos a partir da reabilitação, sem cobrança de prêmio referente ao período de suspensão, podendo ser exigido o cumprimento de novas carências, conforme o caso.

14.12 Não purgada a mora no prazo notificado, e decorridos 90 (noventa) dias contínuos de suspensão da cobertura sem a regularização do pagamento, o seguro do Segurado inadimplente será cancelado, mediante comunicação da Seguradora, cessando qualquer responsabilidade a partir da data do cancelamento.

14.13 Se o sinistro ocorrer antes de esgotado o prazo de purgação da mora previsto no item 14.9, o direito à indenização não ficará prejudicado, ressalvado o desconto do prêmio em atraso, quando cabível.

14.14 Em caso de atraso, incidirão sobre o Prêmio: multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e atualização pelo IPCA/IBGE, todos contados da data de vencimento até o pagamento efetivo.

15. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DA TAXA MÉDIA

15.1 A Taxa Média aplicável ao Grupo Segurado será reavaliada anualmente, na data de aniversário da Apólice Coletiva, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro, considerando a sinistralidade observada no período e demais fatores técnico-atuariais relevantes para o equilíbrio do plano. A nova Taxa Média apurada será aplicada de forma uniforme a todos os Segurados a partir da renovação.

15.2 A reavaliação de que trata a cláusula anterior, quando implicar ônus, dever adicional ou redução de direitos dos Segurados, depende de anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado, sem prejuízo da faculdade da Seguradora de não renovar a Apólice Coletiva, mediante comunicação ao Estipulante e aos Segurados com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

16. CANCELAMENTO E CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1 A Apólice poderá ser cancelada antes do término de vigência por:

- a) acordo entre Estipulante e Seguradora, com anuência prévia de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado; ou
- b) falta de pagamento do Prêmio, nos termos da Cláusula 14ª.

16.2 A cobertura individual do Segurado cessará automaticamente, independentemente de aviso, notificação ou interpelação judicial, nas seguintes hipóteses:

- c) desligamento do Segurado do vínculo com o Estipulante que o tornou elegível ao seguro;

- d) cancelamento do Contrato firmado entre o Estipulante e a Seguradora;
- e) solicitação de exclusão formulada pelo próprio Segurado;
- f) não pagamento do prêmio, nos termos da Cláusula 14ª;
- g) pagamento de indenização integral relativa à cobertura que, por sua natureza, se esgota com o pagamento, quando expressamente previsto na respectiva Condição Especial;
- h) morte do Segurado;
- i) perda da condição de elegibilidade, nos termos do Contrato.

16.3 Exceto pelas disposições acima e em outras previstas em lei, este seguro não poderá ser cancelado unilateralmente pela Seguradora.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

17.1 Quando de vigência superior a 1 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 meses, verificado 02 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

17.2 Nos contratos com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1 O Segurado perde o direito ao seguro e à indenização nas seguintes hipóteses, sem prejuízo do Prêmio devido e da obrigação de ressarcir as despesas da Seguradora:

- a) descumprimento das obrigações deste contrato;
- b) declarações falsas ou omissão de informações de seu conhecimento, seja na Proposta de Adesão, seja na regulação do sinistro;
- c) agravamento intencional e de forma relevante do risco;
- d) não comunicação, tão logo saiba, de fato suscetível de agravar o risco;
- e) utilização de meios fraudulentos para comprovação do sinistro ou obtenção de indenização;
- f) não avisar prontamente a Seguradora sobre o Sinistro ou não fornecer informações solicitadas;
- g) ocorrência de qualquer dos riscos excluídos previstos na Cláusula 5ª ou na Condição Especial correspondente.

19. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Ao tomar conhecimento do Sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deve:

- a) tomar as providências necessárias para evitar ou reduzir os efeitos do Sinistro, desde que não coloquem em risco interesses relevantes ou impliquem sacrifício acima do razoável;
- b) comunicar o Sinistro imediatamente à Seguradora pelos canais oficiais, preenchendo e entregando o formulário de aviso de sinistro; e
- c) fornecer à Seguradora todas as informações e documentos sobre o Sinistro, suas causas e consequências. Os documentos mínimos necessários constam das Condições Especiais de cada cobertura.

19.2 O descumprimento doloso desses deveres implica perda do direito ao seguro e à indenização e obrigação de ressarcir as despesas da Seguradora.

- 19.3 O descumprimento culposo implica perda da indenização equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 19.4 Os documentos necessários para a regulação do sinistro variam conforme a cobertura contratada acionada, conforme Condições Especiais. Outros documentos podem ser solicitados pela Seguradora por ocasião do aviso de Sinistro, conforme a cobertura acionada.
- 19.5 Após o recebimento do aviso de sinistro acompanhado de todos os documentos básicos exigidos, a Seguradora tem o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar-se, de forma expressa e motivada, sobre a existência de cobertura.
- 19.6 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares indispensáveis à regulação do sinistro, de forma justificada. Hipótese em que o prazo do item 19.5 poderá ser suspenso 1 (uma) vez, recomeçando no primeiro dia útil após o atendimento da solicitação.
- 19.7 Em caso de recusa de cobertura, ela deve ser expressa e motivada. A Seguradora não pode mudar o fundamento da recusa, salvo se descobrir fatos que antes desconhecia.
- 19.8 Reconhecida a cobertura, a Sociedade Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias.
- 19.9 O não pagamento da indenização pela Seguradora no prazo previsto no item 19.8 destas Condições Gerais implicará a aplicação de juros de mora de 2% (dois por cento) ao mês, multa moratória de 1% (um por cento) ao mês a partir do vencimento, atualização monetária pelo IPCA/IBGE, contada a partir da data de ocorrência do evento, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.
- 19.10 A Seguradora pode submeter o Segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade. O Segurado que se recusar ao exame pode ter a indenização negada.
- 19.11 Em caso de divergência sobre a invalidez do Segurado, a Seguradora proporá formalmente, em até 15 (quinze) dias após a contestação, a constituição de uma Junta Médica com 3 (três) membros:
- a) um indicado pela Seguradora;
 - b) um indicado pelo Segurado; e
 - c) um terceiro escolhido de comum acordo.
- 19.12 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Contratuais.
- 19.13 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas
- 19.14 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

20. REGIME FINANCEIRO

- 20.1 Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples, sem formação de reserva matemática de benefícios a conceder, sendo o prêmio calculado para cobertura dos riscos durante o período de vigência da cobertura individual. Por isso, não há resgate, saldamento, seguro prolongado nem devolução de prêmios pagos, exceto se de outra forma previsto neste contrato ou em lei.

21. PRESCRIÇÃO

21.1 Os direitos e obrigações deste seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição da legislação vigente, nos termos dos arts. 126 e 127 da Lei nº 15.040/2024.

22. FORO

22.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1 Nos seguros de pessoas, a Seguradora não se sub-roga nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1 A propaganda e a divulgação deste seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento, aos Beneficiários, do Capital Segurado contratado, em razão de sua morte, por causa natural ou acidental, ocorrida durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos**.
- 1.2 Equipara-se à morte, para fins desta cobertura, a declaração de morte presumida do Segurado, decretada por autoridade judicial competente, nos termos da lei civil.
- 1.3 Para Segurados com menos de 14 (quatorze) anos, a indenização assume a forma de reembolso das despesas com o funeral, mediante apresentação de comprovantes. Incluem-se as despesas de traslado. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 A exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado desta cobertura é o valor fixado no Certificado Individual, vigente na data do óbito.
- 3.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento do Segurado.

4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1 Para a regulação e liquidação do sinistro, a Seguradora exigirá:
- 4.2 Em caso de morte natural:
 - a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito;
 - c) Cópia do RG e CPF do Segurado;
 - d) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);
 - e) Relatório médico descrevendo a doença registrada na Certidão de Óbito, com data do diagnóstico, evolução clínica e início do tratamento;
 - f) Cônjuge ou companheiro: Certidão de casamento atualizada (emitida até 60 dias após o óbito) ou comprovação de união estável na data do sinistro;
 - g) Filhos: Certidão de Nascimento e CPF, se não houver RG.
- 4.2.1 Se não houver indicação de Beneficiário:
 - a) Declaração assinada pelo Estipulante confirmando que não houve designação de Beneficiário; e
 - b) Declaração assinada pelos herdeiros, indicando o estado civil do Segurado no falecimento, se mantinha união estável e quais são os herdeiros legais.
- 4.2.2 Se o Beneficiário for Pessoa Jurídica:
 - a) Contrato Social ou Estatuto com últimas alterações;
 - b) CNPJ;
 - c) RG, CPF e comprovante de residência dos sócios e diretores estatutários;

d) Balanço Patrimonial; e

e) Comprovante de endereço da empresa.

4.3 Em caso de morte acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 4.2, excetuando o documento citado na alínea “e”:

a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;

b) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico, se houver;

c) Laudo de Necropsia emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se realizado;

d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), no caso de acidente de trânsito em que o Segurado estava conduzindo o veículo;

e) Laudo de primeiro atendimento médico hospitalar ao Segurado sinistrado;

f) Laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, se houver; e

g) Laudo da perícia técnica do local do acidente, se houver.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento, aos Beneficiários, de indenização adicional ao Capital Segurado da Cobertura de Morte, quando o óbito do Segurado decorrer exclusivamente de Acidente Pessoal, nos termos e no valor fixados no Certificado Individual.
- 1.2 As indenizações de Morte e de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), quando contratadas em conjunto, se acumulam.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertos:

- a) competições ou provas de velocidade e respectivos treinos;
- b) esportes radicais ou de risco acentuado, salvo extensão de cobertura expressamente contratada;
- c) participação em rixas, exceto legítima defesa;
- d) uso ou operação de aeronave não licenciada, ou atuação do Segurado como tripulante técnico;
- e) participação em guerra, greve, tumulto ou ato de terrorismo;
- f) embriaguez comprovadamente determinante do acidente;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado ou pelo Beneficiário;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie; e
- i) situações que não se caracterizem como Acidente Pessoal na definição das condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado desta cobertura é adicional ao da Cobertura de Morte, sendo fixado, de forma independente, no Certificado Individual.
- 3.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1 Aplicam-se, os mesmos documentos de regulação e liquidação de sinistro previstas na Condição Especial da Cobertura de Morte e nas Condições Gerais.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 5.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento de indenização ao Segurado, proporcional ao grau da invalidez permanente, total ou parcial, causada exclusivamente por Acidente Pessoal, calculada sobre o Capital Segurado contratado para esta cobertura.
- 1.2 São cobertos a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão do Segurado, em consequência, direta e exclusiva, de Acidente Pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertas as invalidezes decorrentes de doença, ainda que desencadeada por acidente, e as hipóteses não caracterizadas como Acidente Pessoal.

3. CAPITAL SEGURADO E INDENIZAÇÃO

- 3.1 O Capital Segurado desta cobertura é o valor fixado no Certificado Individual, sobre o qual incidirá o percentual de invalidez apurado.
- 3.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.
- 3.3 A indenização será calculada mediante a aplicação, sobre o Capital Segurado, do percentual correspondente ao tipo e ao grau de invalidez apurado, com base na tabela de percentuais por perda de membro, sentido ou função.
- 3.4 Quando não houver perda anatômica ou funcional total do membro ou órgão, a indenização corresponderá à aplicação do grau de redução funcional apurado sobre o percentual máximo tabelado para aquela perda.
- 3.5 Em caso de perda ou redução funcional de membro ou órgão já reduzido ou perdido antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será deduzido do grau de invalidez apurado.
- 3.6 O Capital Segurado desta cobertura é reintegrado automaticamente após cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, exceto para invalidez decorrente do mesmo Acidente Pessoal.
- 3.7 As indenizações de Morte, IEA, IPTA e de IPA não se acumulam pelo mesmo acidente. Se a morte do Segurado decorrer do mesmo acidente após o pagamento por IPA ou por IPTA, a indenização de Morte Acidental é reduzida pelo valor já pago. Igualmente, não haverá pagamento cumulativo de IPA e IPTA pelo mesmo acidente, deduzindo-se da indenização devida o valor eventualmente já pago a título da outra cobertura.

4. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 4.1 A invalidez deve ser comprovada por declaração médica idônea. A Seguradora pode submeter o Segurado a exame, sob pena de negativa de indenização em caso de recusa.
- 4.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente por acidente
- 4.3 Havendo divergência entre o Segurado e a Seguradora quanto ao grau de invalidez apurado, poderá ser constituída Junta Médica, composta por um médico indicado por cada parte e, se necessário, um terceiro desempatador escolhido pelos dois primeiros, correndo os honorários por conta de quem os houver indicado, e os do terceiro, rateados entre as partes.

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1 O pagamento da indenização integral (100% do Capital Segurado) extingue a cobertura individual de IPA para o Segurado.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1 Para a regulação e liquidação do sinistro, a Seguradora exigirá:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Relatório médico com a data do acidente, percentual de déficit funcional por segmento, data da alta médica definitiva e conclusão sobre reabilitação;
- d) Radiografia e resultados de exames realizados;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme o caso;
- g) Cópia da CNH, se o Segurado estava conduzindo o veículo; e
- h) Laudo de dosagem alcoólica/toxicológica, se houver.

7. TABELA DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

7.1 Tabela de referência aplicável ao cálculo da indenização da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	PERCENTUAL
Perda total da visão de ambos os olhos	100%
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
Perda total do uso de ambas as mãos	100%
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
Perda total do uso de ambos os pés	100%
Alienação mental total e incurável	100%
Nefrectomia bilateral	100%

INVALIDEZ PARCIAL	PERCENTUAL
Perda total da visão de um olho	30%
Perda total da visão de um olho, quando já não tiver a outra vista	70%
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
Mudez incurável	50%
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

INVALIDEZ PARCIAL - MEMBROS SUPERIORES	PERCENTUAL
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 segmento rádio-ulnar	30%

INVALIDEZ PARCIAL - MEMBROS SUPERIORES	PERCENTUAL
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 metacarpiano	25%
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano	18%
Perda total do uso da falange distal do polegar	9%
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou médios	12%
Perda total do uso de um dos dedos anelares/anulares	9%
Perda de qualquer falange (exceto polegar)	1/3 do dedo

INVALIDEZ PARCIAL - MEMBROS INFERIORES	PERCENTUAL
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70%
Perda total do uso de um dos pés	50%
Fratura não consolidada de um fêmur	50%
Fratura não consolidada de um segmento tíbio-peroneiro	25%
Fratura não consolidada da rótula	20%
Fratura não consolidada de um pé	20%
Anquilose total de um dos joelhos	20%
Anquilose total de um dos tornozelos	20%
Anquilose total de um quadril	20%
Perda parcial de um pé (todos os dedos + parte do pé)	25%
Amputação do 1º dedo	10%
Amputação de qualquer outro dedo	3%
Perda de falange do 1º dedo / demais dedos	1/2 e 1/3
Encurtamento de membro inferior ≥ 5 cm	15%
Encurtamento de membro inferior 4 cm	10%
Encurtamento de membro inferior 3 cm	6%
Encurtamento de membro inferior < 3 cm	sem indenização

ÓRGÃOS E VÍSCERAS	PERCENTUAL
MANDÍBULA — grau mínimo	5%
Maxilar inferior — redução de movimentos, grau médio	10%
Maxilar inferior — redução de movimentos, grau máximo	20%
NARIZ — Amputação total com perda total do olfato	25%
Perda total do olfato	7%
Perda do olfato com alterações gustativas	10%
APARELHO VISUAL — Diplopia	15%
Lesões vias lacrimais — unilateral	7%
Lesões vias lacrimais — unilateral com fístulas	15%
Lesões vias lacrimais — bilateral	14%
Lesões vias lacrimais — bilateral com fístulas	25%
Pálpebra — ectrópio unilateral	3%
Pálpebra — ectrópio bilateral	6%

ÓRGÃOS E VÍSCERAS	PERCENTUAL
Pálpebra — entrópio unilateral	7%
Pálpebra — entrópio bilateral	14%
Pálpebra — má oclusão unilateral	3%
Pálpebra — má oclusão bilateral	6%
Pálpebra — ptose unilateral	5%
Pálpebra — ptose bilateral	10%
APARELHO DA FONAÇÃO — Perda da palavra (mudez incurável)	50%
Perda de substância (palato mole e duro)	15%
SISTEMA AUDITIVO — Amputação total de uma orelha	8%
Amputação total das duas orelhas	16%
PERDA DO BAÇO	15%
APARELHO URINÁRIO — Retenção crônica de urina	15%
Cistostomia (definitiva)	30%
Incontinência urinária permanente	30%
Perda de um rim — função preservada	30%
Perda de um rim — redução não dialítica	50%
Perda de um rim — redução dialítica	75%
Perda de rim único	75%
APARELHO GENITAL — Perda de um testículo	5%
Perda de dois testículos	15%
Amputação traumática do pênis	40%
Perda de um ovário	5%
Perda de dois ovários	15%
Perda do útero antes da menopausa	30%
Perda do útero depois da menopausa	10%
PESCOÇO — Estenose da faringe	15%
Lesão do esôfago com transtornos motores	15%
Traqueostomia definitiva	40%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento integral do Capital Segurado ao Segurado, em no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 1.2, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.

1.2 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.3 Além dos riscos excluídos previstos na Condição Especial da Cobertura de IPA e nas Condições Gerais, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3. CAPITAL SEGURADO E INDENIZAÇÃO

3.1 O Capital Segurado desta cobertura, fixado no Certificado Individual, é pago de forma integral, sem incidência de percentual redutor, quando caracterizada a invalidez total.

3.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

3.3 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.

3.4 As indenizações de Morte, IEA, IPTA e de IPA não se acumulam pelo mesmo acidente. Se a morte do Segurado decorrer do mesmo acidente após o pagamento por IPA ou por IPTA, a indenização de Morte Acidental é reduzida pelo valor já pago. Igualmente, não haverá pagamento cumulativo de IPA e IPTA pelo mesmo acidente, deduzindo-se da indenização devida o valor eventualmente já pago a título da outra cobertura.

4. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

4.1 A invalidez deve ser comprovada por declaração médica idônea. A Seguradora pode submeter o Segurado a exame, sob pena de negativa de indenização em caso de recusa.

4.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto na cobertura.

4.3 Havendo divergência entre o Segurado e a Seguradora quanto ao grau de invalidez apurado, poderá ser constituída Junta Médica, composta por um médico indicado por cada parte e, se necessário, um terceiro

desempatador escolhido pelos dois primeiros, correndo os honorários por conta de quem os houver indicado, e os do terceiro, rateados entre as partes.

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.2 O pagamento da indenização extingue a cobertura individual de IPTA para o Segurado.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.3 Para a regulação e liquidação do sinistro, a Seguradora exigirá:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Relatório médico com a data do acidente, percentual de déficit funcional por segmento, data da alta médica definitiva e conclusão sobre reabilitação;
- d) Radiografia e resultados de exames realizados;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme o caso;
- g) Cópia da CNH, se o Segurado estava conduzindo o veículo; e
- h) Laudo de dosagem alcoólica/toxicológica, se houver.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.4 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado que, em razão de Doença, ficar total e permanentemente inválido, de forma irreversível, perdendo a capacidade de exercer suas funções de forma autônoma e de viver de forma independente.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 São cobertos os Quadros Clínicos Incapacitantes decorrentes exclusivamente de doença, avaliados segundo os critérios médicos vigentes à época da regulação:

- a) Cardiopatias graves crônicas classificadas como 'cardiopatia grave';
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas sem prognóstico favorável e fora de plano de tratamento para cura ou controle;
- c) Doenças Crônicas de Caráter Progressivo com disfunções orgânicas avançadas em órgãos vitais e sem prognóstico terapêutico favorável;
- d) Alienação mental total e permanente com perda das funções cognitivas superiores;
- e) Doenças do sistema nervoso com sequelas encefálicas ou medulares que comprometam totalmente algum órgão vital, o sentido de orientação ou as funções de dois membros em grau máximo;
- f) Doenças degenerativas do Aparelho Locomotor com impedimento total e definitivo da Transferência Corporal;
- g) Deficiência visual por doença: cegueira (acuidade $\leq 0,05$ no melhor olho), baixa visão (acuidade entre 0,3 e 0,05) ou campo visual total $\leq 60^\circ$ em ambos os olhos;
- h) Doença em estágio terminal, atestada por médico habilitado; e
- i) Estados mórbidos: perda completa e definitiva das funções de dois membros; das duas mãos ou dois pés; ou de uma mão associada a um dos pés.
- j) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes podem ser reconhecidos se, avaliados pelo Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), o Segurado atingir ao menos 60 (sessenta) pontos de um total de 80 (oitenta) possíveis.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, também estão excluídos:

- a) Perda, redução ou impotência funcional de membros ou órgãos causada por Acidente Pessoal;
- b) Quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluindo as profissionais e as do trabalho;
- c) Doenças agravadas por traumatismos; e
- d) Quadros clínicos incapacitantes com repercussões parciais que não impliquem perda da existência independente.

4. CAPITAL SEGURADO E INDENIZAÇÃO

- 4.1 O Capital Segurado desta cobertura é o valor fixado no Certificado Individual, pago de forma integral quando caracterizada a Invalidez Funcional Permanente Total.
- 4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.
- 4.3 A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

5. CARÊNCIA

5.1 Aplica-se a esta cobertura o prazo de carência fixado no Certificado Individual, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual eventos decorrentes de Doença não estarão cobertos.

9. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

9.1 A invalidez deve ser comprovada por declaração médica idônea. A Seguradora pode submeter o Segurado a exame, sob pena de negativa de indenização em caso de recusa.

9.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente por acidente

9.3 Havendo divergência entre o Segurado e a Seguradora, poderá ser constituída Junta Médica, composta por um médico indicado por cada parte e, se necessário, um terceiro desempatador escolhido pelos dois primeiros, correndo os honorários por conta de quem os houver indicado, e os do terceiro, rateados entre as partes.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.2 O pagamento desta indenização extingue, automática e imediatamente, a cobertura do seguro individual.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

11.1 Para a regulação e liquidação do sinistro, a Seguradora exigirá:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) Declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do Sinistro), acompanhada de registros médicos que comprovem o atingimento de Quadro Clínico Incapacitante;
- d) Relatório do Médico Assistente: (i) indicando o início da doença, qualificado pela data em que foi efetivamente diagnosticada; e (ii) detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível que justifique a inviabilidade do pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- e) Documentos médicos comprobatórios do diagnóstico inicial e da evolução do quadro clínico; e
- f) Formulário de Autorização de Pagamento assinado, com assinatura idêntica ao documento de identificação, via plataforma GOV.BR ou ICP-Brasil ou, alternativamente, com firma reconhecida em cartório.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

13. TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTO	ESCALA / DESCRIÇÃO	PONTOS
RELAÇÕES COM O COTIDIANO	1º Grau: O Segurado se comunica normalmente, deambula livremente, sai à rua sozinho, dirige veículos e mantém todas as suas atividades civis com pleno pensamento e memória.	0
	2º Grau: O Segurado apresenta desorientação, precisa de auxílio para locomoção ou para sair à rua, comunica-se com dificuldade e realiza parcialmente as atividades do cotidiano.	10

	3º Grau: O Segurado está retido ao lar, tem perda de mobilidade ou fala, não realiza atividades do cotidiano ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS	1º Grau: O Segurado está saudável, com livre movimentação, sem disfunção de órgãos ou sistemas e com visão suficiente para suas tarefas normais.	0
	2º Grau: O Segurado apresenta disfunções comprovadas, depende de suporte médico constante e realiza tarefas diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau: O Segurado tem quadro clínico avançado, descompensado ou instável, com disfunções em órgãos vitais que comprometem a vida cotidiana mesmo com auxílio humano ou técnico.	20
CONNECTIVIDADE COM A VIDA	1º Grau: O Segurado realiza sozinho vestir-se, higiene pessoal, banho, alimentação e demais atividades básicas de subsistência.	0
	2º Grau: O Segurado precisa de auxílio para trocar de roupa, tomar banho, realizar higiene pessoal e se alimentar.	10
	3º Grau: O Segurado é incapaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

14. TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADO / FATOR	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade e/ou IMC superior a 40	2
Há risco de sangramentos, rupturas ou outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade	2
Há ou houve recidiva, progressão de doença tratada e/ou agravo associado ou não à disfunção imunológica	4
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou repercussão vital de duas ou mais doenças crônicas em atividade	4
Há risco de morte súbita, tratamento paliativo, suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica	8

CONDIÇÃO ESPECIAL — INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado que se tornar permanente e totalmente incapaz para o exercício de sua atividade profissional principal, em razão de Doença.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 A incapacidade permanente e total do Segurado para o exercício da atividade profissional que exercia à época da contratação, ou de outra compatível com sua formação e experiência, em razão, direta e exclusiva, de Doença diagnosticada durante a vigência da cobertura individual.
- 2.2 Não poderão ser incluídas nesta cobertura pessoas que não exerçam atividade laborativa remunerada.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertas as incapacidades decorrentes de Doença Preexistente não informada, tampouco a incapacidade parcial ou temporária.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado desta cobertura é o valor fixado no Certificado Individual, pago de forma integral quando caracterizada a incapacidade laborativa permanente total.
- 4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

5. CARÊNCIA

- 5.1 Aplica-se a esta cobertura o prazo de carência fixado no Certificado Individual, contado do início de vigência da cobertura individual.

15. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 15.1 A invalidez deve ser comprovada por declaração médica idônea. A Seguradora pode submeter o Segurado a exame, sob pena de negativa de indenização em caso de recusa.
- 15.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente por acidente
- 15.3 Havendo divergência entre o Segurado e a Seguradora, poderá ser constituída Junta Médica, composta por um médico indicado por cada parte e, se necessário, um terceiro desempatador escolhido pelos dois primeiros, correndo os honorários por conta de quem os houver indicado, e os do terceiro, rateados entre as partes.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 5.3 O pagamento desta indenização extingue, automática e imediatamente, a cobertura do seguro individual.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1 Para a regulação e liquidação do sinistro, exige-se:
- a) Formulário de aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) Cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado, e comprovante de residência;
 - c) relatório médico circunstanciado;
 - d) comprovação de atividade profissional exercida;
 - e) documento oficial de concessão de benefício previdenciário por incapacidade, quando houver, sem que tal concessão, por si só, seja condição para a caracterização da invalidez aqui prevista.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 17.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA (DIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento de diária ao Segurado, por dia de incapacidade temporária para o exercício de sua atividade profissional, decorrente de Acidente Pessoal e/ou Doença, observada a franquia e o limite de diárias fixados no Certificado Individual.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 A incapacidade total e temporária do Segurado para o exercício de sua atividade profissional, comprovada por atestado ou laudo médico, decorrente de Acidente Pessoal e/ou Doença, conforme opção contratada, ocorrida durante a vigência da cobertura individual.
- 2.2 A diária será devida a partir do término do prazo de franquia fixado no Certificado Individual, contado do primeiro dia de afastamento, e enquanto persistir a incapacidade, até o limite máximo de diárias contratado por evento e por ano-cobertura.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1 As coberturas previstas nesta Condição Especial aplicam-se exclusivamente a eventos ocorridos em território brasileiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertos:

- f) Gravidez e suas intercorrências, parto ou aborto, exceto se decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- g) Tratamentos de esterilização, fertilização e cirurgia de redesignação sexual, e suas consequências;
- h) Mutilação voluntária e premeditada, ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio após os 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou de sua recondução após suspensão;
- i) Cirurgias plásticas, exceto as com finalidade comprovadamente restauradora de função afetada por Acidente Pessoal coberto;
- j) Hospitalizações para check-up;
- k) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade;
- l) Procedimentos não previstos no Código de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- m) Infecções oportunistas e doenças decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e das Hepatites B ou C, e suas consequências;
- n) Lesões traumáticas comprovadamente anteriores à contratação, para as quais o Segurado já tenha procurado ou recebido atendimento médico, inclusive quando o afastamento decorrer de agravamento, sequela, reaparecimento ou de complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- o) Anomalias ou malformações congênitas, com manifestação em qualquer época;
- p) Luxações recidivantes ocorridas após um primeiro acometimento, e instabilidades crônicas de qualquer articulação;
- q) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais e quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional e avaliações ou terapias psicológicas;
- r) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, e tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético ou geriátricos, e suas consequências;
- s) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picada de insetos; e

- t) **Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infectoparasitárias.**

5. CAPITAL SEGURADO, FRANQUIA E LIMITE DE DIÁRIAS

- 5.1 O valor da diária, a franquia e o limite máximo de diárias por evento e por ano-cobertura são os fixados no Certificado Individual.
- 5.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.
- 5.3 Não será devida diária relativa ao período de franquia, ainda que a incapacidade se prolongue além dele.
- 5.4 Cessada e reiniciada a incapacidade pela mesma causa, dentro do intervalo definido no Certificado Individual, não será exigido o cumprimento de nova franquia.**

6. CARÊNCIA

- 6.1 Aplica-se a esta cobertura, quando o evento gerador for Doença, o prazo de carência fixado no Certificado Individual. Não haverá carência quando o evento gerador for Acidente Pessoal.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1 Para a regulação e liquidação do sinistro, exige-se:
- a) Formulário de aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) Cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado, e comprovante de residência;
 - c) Formulário de Habilitação de Beneficiários devidamente preenchido;
 - d) Laudo do médico assistente informando a causa da incapacidade e justificando o afastamento ou sua prorrogação;
 - e) Resultados de exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, entre outros);
 - f) Atestado médico original comprovando o afastamento;
 - g) Comprovante de exercício de atividade profissional;
 - h) Laudo oftalmológico, quando necessário;
 - i) Nos casos de acidente: Boletim de Ocorrência e, caso o Segurado conduzir veículo, cópia da Carteira Nacional de Habilitação e laudo de exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - j) Comprovante de renda mensal (cópia autenticada do contracheque, do Imposto de Renda ou do saldo médio bancário declarado pelo banco em papel timbrado, não sendo aceitas declarações de contador); e
 - k) Em caso de internação ou atendimento hospitalar: declaração da entidade com nome do Segurado, datas de internação e de alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, e identificação do(s) médico(s) assistente(s).

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento de indenização mensal ao Segurado empregado, dispensado sem justa causa, destinada a auxiliar sua segurança financeira durante o período de desemprego involuntário.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 A demissão do Segurado sem justa causa, formalizada nos termos da legislação trabalhista, ocorrida durante a vigência da cobertura individual, e desde que o Segurado permaneça, comprovadamente, em situação de desemprego.
- 2.2 O pagamento será realizado em parcelas mensais, no valor e pelo prazo máximo fixados no Certificado Individual, condicionado à comprovação, a cada parcela, da manutenção da situação de desemprego.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Não estão cobertos:

- a) pedido de demissão pelo próprio Segurado;
- b) demissão por justa causa;
- c) rescisão de contrato de experiência ou por prazo determinado em razão do término natural do prazo;
- d) aposentadoria;
- e) desemprego de Segurado que exerça atividade autônoma, informal ou sem vínculo empregatício formal, salvo disposição diversa no Certificado Individual.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O valor da parcela mensal e o número máximo de parcelas são os fixados no Certificado Individual.
- 4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

5. CARÊNCIA

- 5.1 Aplica-se a esta cobertura o prazo de carência fixado no Certificado Individual, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a demissão não gerará direito à indenização.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1 Para a liquidação do sinistro, a seguradora exigirá:
- a) Formulário de aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) Cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado, e comprovante de residência;
 - c) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
 - d) extrato do FGTS ou documento equivalente;
 - e) comprovação periódica da manutenção da situação de desemprego (extrato do CAGED/eSocial, declaração ou documento equivalente).
- 6.2 Cessará o pagamento das parcelas tão logo o Segurado obtenha nova ocupação remunerada, com ou sem vínculo empregatício, devendo comunicar o fato à Sociedade Seguradora.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 19.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante o pagamento de indenização ao Segurado, no valor do Capital Segurado contratado, no diagnóstico de uma das doenças graves relacionadas no Certificado Individual.
- 1.2 A cobertura se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura

2. RISCOS COBERTOS

2.1 São Doenças Graves, para fins desta cobertura, exclusivamente os eventos abaixo:

- a) Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:
 - i. Câncer Leve:
 - Tumores cerebrais benignos;
 - Carcinoma in situ;
 - Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
 - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).
 - ii. Câncer Moderado:
 - T1-3 | NX | MX;
 - T1-3 | N0 | M0;
 - Estádio I da doença
 - iii. Câncer Grave:
 - T4 | N qualquer | M qualquer;
 - T qualquer | N1 | M0;
 - T qualquer | N qualquer | M1;
 - A partir do estágio II da doença;
 - Linfoma não Hodgkin;
 - Leucemia.
- b) Acidente Vascular Cerebral Agudo: doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.
- c) Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
 - i. história de dores torácicas típicas;

- ii. alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
 - iii. elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).
- d) Doença de Alzheimer: deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.
- e) Perda da Visão: ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- f) Paralisia de Membros: perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- g) Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.
- h) Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no líquido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.
- i) Osteomielite: doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.
- j) Embolia Pulmonar: é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.
- k) Coma por Traumatismo Craniano: diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:
 - i. Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
 - ii. Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.
 - iii. Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

- l) Doença do Neurônio Motor: doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eferentes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.

- m) Hepatite Aguda Fulminante: necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:

- i. Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- ii. Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal;
- iii. Piora rápida dos testes de função hepática;
- iv. Icterícia acentuada;
- v. Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- vi. Aumento dos níveis de bilirrubina;
- vii. Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- viii. Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- ix. Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

- n) Distrofia Muscular: degeneração progressiva do tecido muscular com perda dos movimentos e necessidade de auxílio para atividades cotidianas, diagnosticada por neurologista.

6.3 O Certificado Individual definirá quais dessas doenças estão cobertas pelo seguro.

6.4 Todas as Doenças Graves devem ser comprovadas por exames complementares aceitos pela comunidade médico-científica.

6.5 O direito à indenização nasce na data do diagnóstico definitivo, observado o cumprimento do prazo de carência e do período de sobrevivência mínima, quando exigido e expressamente previsto no Certificado Individual.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG) os eventos decorrentes de:

a) Câncer:

- i. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- ii. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- iii. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
- iv. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- i. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- ii. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- iii. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- iv. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- v. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

- i. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- ii. Angina decúbito;
- iii. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da
- iv. troponina "I" ou "T";
- v. Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Doença de Alzheimer:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
 - Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

f) Paralisia de Membros:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

g) Parkinson:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;
 - Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante
 - Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

h) Esclerose Múltipla:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).

i) Osteomielite:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

j) Embolia Pulmonar:

- i. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Embolia Pulmonar diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

k) Coma por Traumatismo Craniano:

ii. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- Coma medicamente induzido;
- Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto;
- Diagnóstico de morte cerebral.

l) Hepatite Aguda Fulminante:

iii. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado desta cobertura é pago de forma integral e única, independentemente do número de doenças diagnosticadas, extinguindo-se a cobertura individual de DG do Segurado após o pagamento.

4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

4.3 Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

RISCO COBERTO		% DE INDENIZAÇÃO
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Doença de Alzheimer		100%
Doença do Neurônio Motor		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Hepatite Aguda Fulminante		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%

4.4 O Capital Segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o Segurado receberá 30% sobre o Capital Segurado e restará apenas 70% do Capital Segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o Segurado receberá mais 50% do Capital Segurado, adicionalmente aos 30% do Capital Segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do Capital Segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o Segurado recebe apenas 50% do Capital Segurado, restando mais 50% do Capital Segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o Segurado recebe 100% do Capital Segurado e a cobertura do Segurado é encerrada.

4.5 O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela Seguradora até que o Segurado receba 100% do Capital Segurado.

4.6 No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.

5. CARÊNCIA

5.1 Aplica-se a esta cobertura prazo de carência fixado no Certificado Individual.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1 Para a liquidação do sinistro, exige-se:

- a) Formulário de aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado, e comprovante de residência;
- c) Prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o Segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:
 - Evolução médica diária (no caso de internação);
 - Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
 - Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
 - Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
 - Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.
- d) Laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, início de investigação clínica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
- e) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado.
- f) Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:
- g) Câncer:
 - Laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
 - Resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.
- h) Acidente Vascular Cerebral:
 - Laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e
 - Exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.
- i) Infarto Agudo do Miocárdio:
 - Laudo médico, firmado por médico cardiologista;
 - Exames de enzimas cardíacas;
 - Laudo de cateterismos cardíaco; e

- Eletrocardiogramas recentes.

j) Doença de Alzheimer:

- Laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- Exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

k) Perda da Visão:

- Laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do Segurado com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

l) Paralisia de Membros:

- Laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

m) Doença de Parkinson:

- Laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e
- Laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

n) Esclerose Múltipla:

- Laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- Laudo da Ressonância magnética do cérebro.

o) Osteomielite:

- Exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;
- Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

p) Coma por Traumatismo Craniano:

- Laudo médico, firmado por médico neurologista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

q) Doença do Neurônio Motor:

- Laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- Laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia.

r) Hepatite Aguda Fulminante:

- Laudo do médico clínico geral ou de gastroenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do Segurado, e prognóstico; e
- Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e
- Exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase Láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — AUXÍLIO-FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura garante, em razão do falecimento do Segurado, o custeio dos serviços funerários, dentro dos limites contratados, mediante reembolso das despesas comprovadamente realizadas, conforme estabelecida no Certificado Individual.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 O falecimento do Segurado, por causa natural ou acidental, ocorrido durante a vigência da cobertura individual, gerando direito ao reembolso das despesas correspondentes, até o limite fixado no Certificado Individual.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Aplicam-se as exclusões gerais previstas nas Condições Gerais.
- 3.2 Despesas que excedam o limite contratado correm por conta dos responsáveis pela organização do funeral.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O limite de custeio ou de reembolso desta cobertura é o valor fixado no Certificado Individual.
- 4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1 Esta cobertura tem validade em todo o território nacional.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1 A seguradora exigirá, além dos documentos comuns previstos para a cobertura de Morte, notas fiscais ou recibos das despesas funerárias efetivamente pagas.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 21.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, quando contratada, garante ao Segurado Dependente Cônjuge indenização nas mesmas coberturas contratadas para o Segurado Principal, observados os respectivos limites de Capital Segurado, carência e demais condições estabelecidas no Certificado Individual.
- 1.2 Todas as coberturas poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge desde que também contratadas para o Segurado Principal.
- 1.3 Não pode participar desta cobertura o Cônjuge que já integre o Grupo Segurado como Segurado Principal, salvo disposição contratual em contrário.
- 1.4 Esta cobertura poderá ser contratada de forma facultativa, quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e desde que previamente aceitos pela Seguradora, ou automática, quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1 O Capital Segurado desta cobertura corresponde a um percentual do Capital Segurado do Segurado Principal, conforme definido no Certificado Individual.
- 2.2 O capital segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Aplicam-se a esta cobertura os Riscos Excluídos das Condições Gerais e os previstos nas Condições Especiais correspondentes às coberturas contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 4.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do Segurado Dependente Cônjuge cessa, automaticamente e sem direito a qualquer indenização:
 - a) com a cessação da cobertura individual do Segurado Principal, por qualquer motivo;
 - b) com a dissolução do vínculo conjugal ou da união estável, a partir da data do respectivo ato ou de sua comunicação à Seguradora;
 - c) quando o Segurado Dependente Cônjuge atingir o limite de idade fixado no Certificado Individual, se houver;
 - d) pela falta de pagamento do Prêmio correspondente, na forma das Condições Gerais; e
 - e) com o pagamento de indenização que, nos termos da Condição Especial correspondente, extinga a cobertura acionada, relativamente a essa cobertura.
- 4.2 A cessação da cobertura do Segurado Dependente Cônjuge não afeta as coberturas contratadas para o Segurado Principal.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1 Aplicam-se os documentos exigidos na Condição Especial correspondente à cobertura acionada, além dos seguintes, para comprovação da condição de Cônjuge:
 - a) certidão de casamento atualizada; ou
 - b) comprovação de união estável, nos termos da legislação em vigor.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL — COBERTURA DE INCLUSÃO DE FILHO(S)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, quando contratada, garante ao Segurado Dependente Filho indenização nas mesmas coberturas contratadas para o Segurado Principal, observados os respectivos limites de Capital Segurado, carência e demais condições estabelecidas no Certificado Individual.
- 1.2 Consideram-se Filhos, para fins desta cobertura, os filhos, os enteados e os menores sob guarda ou tutela do Segurado Principal, desde que dele dependentes e observados os limites de idade fixados no Certificado Individual.
- 1.3 Todas as coberturas poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Filho desde que também contratadas para o Segurado Principal.
- 1.4 Somente as coberturas de Morte, IEA, Auxílio Funeral, DMHO e Doenças Graves podem ser contratadas para menores de 14 (quatorze) anos.
- 1.5 Não pode participar desta cobertura o Filho que já integre o Grupo Segurado como Segurado Principal, salvo disposição contratual em contrário.
- 1.6 Quando ambos os Cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, o(s) Filho(s) será(ão) incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta Cobertura.
- 1.7 Esta cobertura poderá ser contratada de forma facultativa, quando serão incluídos os Filhos dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e desde que previamente aceitos pela Seguradora, ou automática, quando estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1 O Capital Segurado desta cobertura corresponde a um percentual do Capital Segurado do Segurado Principal, conforme definido no Certificado Individual, não podendo exceder 100% (cem por cento) deste.
- 2.2 Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta Cobertura, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso de despesas. Em caso de falecimento do filho, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Aplicam-se a esta cobertura os Riscos Excluídos das Condições Gerais e os previstos nas Condições Especiais correspondentes às coberturas contratadas para o Segurado Dependente Filho.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 4.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do Segurado Dependente Filho cessa, automaticamente e sem direito a qualquer indenização:
 - a) com a cessação da cobertura individual do Segurado Principal, por qualquer motivo;
 - b) quando o Segurado Dependente Filho atingir o limite de idade fixado no Certificado Individual;
 - c) com a perda da condição de dependente, inclusive pelo término da guarda ou da tutela;
 - d) pela falta de pagamento do Prêmio correspondente, na forma das Condições Gerais; e
 - e) com o pagamento de indenização que, nos termos da Condição Especial correspondente, extinga a cobertura acionada, relativamente a essa cobertura.
- 4.2 A cessação da cobertura do Segurado Dependente Filho não afeta as coberturas contratadas para o Segurado Principal nem para os demais Segurados Dependentes.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1 Aplicam-se os documentos exigidos na Condição Especial correspondente à cobertura acionada, além dos seguintes, para comprovação da condição de Filho:

- a) certidão de nascimento ou documento oficial de identificação do Filho; e
- b) termo de guarda, tutela ou outro documento hábil a comprovar a condição de enteado ou de dependente, conforme o caso.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições das Condições Gerais, no que não conflitar com estas Condições Especiais.