

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900089/2013-44

ÍNDICE GERAL

A – CONDIÇÕES GERAIS

B – CONDIÇÕES ESPECIAIS

B.1 – COBERTURA DE MORTE

B.2 – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

B.3 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

B.4– COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

B.5– COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

B.6– COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

B.7 – COBERTURA DE DOENÇAS TERMINAIS

B.8 – COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

B.9 – COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

B.10 – COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

B.11 – COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.12 – COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

B.13 – COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

B.14 – COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL

B.15 – COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

B.16 – COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

B.17 – COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

B.18 – COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

B.19 – INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

B.20 – INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

B.21 – INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

A) CONDIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Condições Especiais deste Seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Condições Especiais deste Seguro é(são) válida(s) para Sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e viceversa:

1. Acidente Pessoal

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a¹) o Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

a²) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a³) os acidentes decorrentes do escapamento acidental de gases e vapores;

a⁴) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a⁵) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b¹) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b²) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b³) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b⁴) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de morte do Segurado.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Apólice para cada uma das coberturas previstas nas condições especiais destas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

8. Condições Especiais

É o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais, incluindo as condições especiais, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

11. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro.

O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes de seu estado de saúde, e que eram de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

14. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e nas suas condições especiais.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da data do Evento.

17. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

19. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Gerais.

21. Instituição Hospitalar

Qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

22. Médico Assistente

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

23. Paciente Terminal

Considera-se paciente terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo máximo de 06 (seis) meses

da data do diagnóstico.

A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

24. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

25. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

26. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

27. Proponente

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

28. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

29. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

30. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

31. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, como riscos não cobertos pelo Seguro.

32. Seguradora

É a Usebens Seguros S.A, registrada no CNPJ sob o número 09.180.505/0001-50, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

33. Segurado

É a pessoa física vinculada ao Estipulante sobre a qual se fará a avaliação do risco e se

estabelecerá o Seguro, sendo também designado como Seguro Principal, quando da inclusão de cônjuge e/ou filho(s) no Seguro, em conformidade com a(s) respectiva(s) condição(ões) complementar(es).

34. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

35. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

36. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

São as unidades hospitalares onde as internações obedecem às regulações específicas do Ministério e/ou Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde.

37. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III - COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante são as abaixo relacionadas e encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais:

I – Cobertura de Morte;

II – Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;

III – Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;

IV – Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;

V - Cobertura de Morte Acidental;

VI - Cobertura de Doenças Graves;

VII - Cobertura de Doenças Terminais;

VIII - Cobertura de Doença Congênita de Filhos;

IX - Cobertura de Rescisão Trabalhista

X - Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente;

XI - Cobertura de Diária de Internação Hospitalar;

XII - Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente;

XIII - Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente;

XIV - Cobertura de Auxílio Funeral Individual;

XV – Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental;

XVI – Cobertura de Auxílio Funeral Familiar;

XVII – Auxílio Cesta Básica;

XVIII – Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental;

XIX – Inclusão Facultativa de Cônjuge;

XX - Inclusão Automática de Cônjuge;

XXI – Inclusão Automática de Filhos.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Condições Especiais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

I - ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;

II - ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

III - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV - furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V - uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI - Doenças ou Lesões Preexistentes;

VII - epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente; e

VIII - suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;

IX - Ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s), e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratados por pessoas jurídicas;

X – morte decorrente de agravações de quadros de invalidez permanente total por acidente, já indenizadas por este seguro.

Parágrafo 1º. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o *caput* desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

I - acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

II - acidentes e/ou suas conseqüências ocorridos antes da contratação do Seguro;

III - todo e qualquer tipo de curetagem uterina; exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal; e

IV – tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do Seguro;

V – tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

VI - cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

VII - tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;

VIII- tratamento para obesidade em suas várias modalidades, incluindo a cirurgia bariátrica de qualquer tipo;

IX - tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

X - procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

Parágrafo 2º. Adicionalmente aos eventos previstos no *caput* e parágrafo 1º. desta cláusula, as condições especiais disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

Cláusula 6ª. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Da Proposta de Contratação e do Contrato de Seguro

Cláusula 7ª. A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8ª. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

Parágrafo 1º. Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão, observado, ainda, o disposto no caput desta cláusula.

Parágrafo 2º. O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9ª. A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, em formulário próprio fornecido pela Seguradora e a ser entregue a ela para análise do risco.

Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 10ª. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 2º. O prazo referido no parágrafo primeiro poderá ser suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 3º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao

Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

Cláusula 11ª. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo único. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Cláusula 12ª. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa. Neste caso, o Proponente estará coberto pelo seguro durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

Parágrafo 1º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 2º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no caput, o valor será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª. destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13ª. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo único. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26ª. destas Condições Gerais.

Cláusula 14ª. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Condições Especiais em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII – PRÊMIO

Seção I - Valor do Prêmio

Cláusula 15ª. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O valor do Prêmio poderá ser reajustado de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato.

Parágrafo 2º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio também

será atualizado monetariamente, conforme disposto na cláusula 26ª. destas Condições Gerais.

Seção II - Pagamento do Prêmio

Cláusula 16ª. O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 17ª. Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

Cláusula 18ª. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 19ª. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 20ª. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão ou Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

Cláusula 21ª. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetua-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

I - caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II - se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III - se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 22ª. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 23ª. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na cláusula 25ª. destas Condições

Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais e das condições especiais que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no caput desta cláusula.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 24ª. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Condições Especiais, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA
--

Cláusula 25ª. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo único. A atualização de que trata o caput desta Cláusula será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 26ª. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo único. Alternativamente ao critério de atualização previsto no caput, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados, de acordo com o que dispuser o Contrato de Seguro. Os limites de Capitais Segurados previsto na apólice serão reajustados com base no índice concedido no dissídio da categoria ou de acordo com o percentual estabelecido pelo Estipulante e aceito pela Seguradora.

Cláusula 27ª. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

Parágrafo único. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 28ª. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo 1º. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o artigo 793 do Código Civil.

Parágrafo 2º. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

Cláusula 29ª. De acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo único. Na falta das pessoas de que trata o caput desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 30ª. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Cláusula 31ª. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo único. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no caput, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32ª. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 33ª. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Condições Especiais que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas Condições Especiais.

Cláusula 34ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 35ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 36ª. Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Condições Especiais.

Parágrafo único. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Seção II - Pagamento da Indenização

Cláusula 37ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da cláusula 33ª, o prazo de que trata o caput desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.

Parágrafo 2º. Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Condições Especiais.

Cláusula 38ª. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta Seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

Cláusula 39ª. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não

apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.

CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 40ª. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Sociedade Seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

II - Na hipótese de ocorrência do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

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

Cláusula 41ª. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:

I- se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II - se agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, auto-mutilação ou uso de medicamentos sem prescrição médica;

III - se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, desde que comprovado que silenciou de má-fé;

IV - se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V – se não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Sinistro;

VI - se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora; ou

VII - nas situações previstas expressamente nas Condições Especiais como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s).

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 42ª. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - com a morte do Segurado;

II - em caso de solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento do Prêmio;

III - a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

IV - em caso de tentativa do Estipulante, do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

V - na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou seu Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

VI - na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VII - Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VIII - com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou

IX – com o encerramento das atividades do Estipulante.

Parágrafo 1º. O cônjuge incluído no Seguro terá seu risco individual cancelado nas seguintes situações:

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado;
- c) quando ocorrer a sua morte;
- d) com a morte do Segurado;
- e) em caso de separação judicial ou divórcio com o Segurado; ou
- f) em caso de cancelamento de sua inscrição, quando se tratar de companheiro.

Parágrafo 2º. Os filhos incluídos no Seguro terão seu risco individual cancelados nas seguintes situações:

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado;
- c) quando ocorrer a sua morte;
- d) com a morte do Segurado;
- e) quando deixar de ser dependente do Segurado, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

Parágrafo 3º. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Cláusula 43ª. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

Cláusula 44ª. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII – DO EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45ª. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

Parágrafo 1º. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período.

Parágrafo 2º. Este cálculo será realizado com base na regulamentação em vigor, sendo consideradas, para efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro) dos Prêmios líquidos pagos no período de apuração.

Parágrafo 3º. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual (descrito no contrato de seguro) do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estorno recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver.

DESPESAS:

- a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) Pro-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;
- c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;
- e) Despesas efetivas de administração;
- f) Prêmios de resseguro, quando houver;
- g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR).

Parágrafo 4º. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

CAPÍTULO XIV - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46ª. A Apólice terá vigência por prazo determinado de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez.

Parágrafo 1º. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Parágrafo 2º. Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Parágrafo 3º. Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Sociedade Seguradora.

Parágrafo 4º. A renovação automática não se aplica ao Estipulante que comunicar o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Parágrafo 5º. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Parágrafo 6º. Caso a Sociedade Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, irá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Cláusula 47ª. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice, no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

Parágrafo único. As renovações da Apólice, posteriores a primeira, deverão ser efetuadas de forma expressa.

Cláusula 48ª. Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

Seção II - Vigência do Risco Individual

Cláusula 49ª. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo de recebimento da Proposta de Adesão na Seguradora e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

CAPÍTULO XV - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE
--

Cláusula 50ª. São obrigações do Estipulante:

- I - Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessárias à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;**
- II - Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;**
- III - Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;**
- IV - Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;**
- V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);**
- VI - Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;**
- VII - Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;**
- VIII - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;**
- IX - Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;**
- X - Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;**
- XI - Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;**
- XII - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;**
- XIII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;**
- XIV - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do**

Estipulante; (se houver cosseguro)

XV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula (s) Complementar (es) da (s) cobertura (s) contratada (s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;

Parágrafo único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

Cláusula 51ª. É vedado ao Estipulante:

I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II - Fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;

III - Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS
--

Cláusula 52ª. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo único. Qualquer modificação da Apólice que implique em alteração do valor dos Prêmios, ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Cláusula 53ª. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 54ª. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 55ª. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 56ª. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 57ª. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Cláusula 58ª. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do

Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 59ª. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

CAPÍTULO XVII - DO FORO

Cláusula 60ª. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

B) CONDIÇÕES ESPECIAIS:

B.1- COBERTURA DE MORTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas a condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 3ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 4ª. Reconhecida a Morte do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 5ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Usebens Seguros S.A., são os seguintes:

I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. Declaração de Causa Mortis (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
- V. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- VI. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VII. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VIII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- XI. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XII. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- XIII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 8ª. O pagamento da Indenização do Sinistro em caso de morte do Segurado extinguirá, imediata e automaticamente, o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

CAPÍTULO VI - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 9ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Morte do Segurado serão de responsabilidade do Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura (s) deste Seguro.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.2- COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a “perda da existência independente do Segurado” é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas condições especiais.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

- I. se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;**
- II. se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais como Riscos Excluídos;**
- III. ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas condições especiais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

- 1. Agravo Mórbido** – piora de uma doença
- 2. Alienação Mental** – distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 3. Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 4. Atividade Laborativa** – qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 5. Auxílio** – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

- 6. Ato Médico** – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 7. Cardiopatia Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 8. Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.
- 9. Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 10. Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 11. Dados Antropométricos** – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 12. Deambular** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 13. Declaração Médica** – documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 14. Deficiência Visual** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 15. Disfunção Imunológica** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 16. Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 17. Doença Crônica em Atividade** – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 18. Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 19. Doença do Trabalho** – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 20. Doença em Estágio Terminal** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 21. Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que

controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

22. Doença Profissional – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

24. Etiologia – causa de cada doença.

25. Fatores de Risco e Morbidade – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

26. Hígido – saudável.

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

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

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

30. Recidiva – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

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

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

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

34. Seqüela – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

CAPÍTULO III – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- I. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- II. Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

IV. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;

V. Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

VI. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

VII. Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; o u
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

VIII. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

IX. Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Cláusula 4ª. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2º. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

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

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 6ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 7ª. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 8ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do relatório médico devidamente assinado pelo médico assistente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 9ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da Cláusula 10ª.

Parágrafo Único. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 10ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Seguradora são os seguintes:

I. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas condições especiais;

IV. Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

V. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas condições especiais.

VII. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

CAPÍTULO VII – DO NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

Cláusula 13ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

Cláusula 14ª. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

CAPÍTULO VIII – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 15ª. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da Cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

Cláusula 16ª. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

CAPÍTULO IX - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 17ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO X – CONTRATAÇÃO

Cláusula 18ª. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas condições especiais poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura (s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 19ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 1

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui <u>restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.</u>	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou <u>apresenta algum grau de alienação mental.</u>	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão <u>em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</u>	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais <u>diárias com alguma restrição.</u>	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com <u>interação de auxílio humano e ou técnico.</u>	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, <u>consumo e ingestão de alimentos.</u>	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os <u>alimentos com uso de copo, prato e talheres).</u>	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho <u>suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</u>	20

ANEXO 2**Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**

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

B.3- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições

Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de:

I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos**;

IV. choque elétrico e raio;

V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI. acidentes decorrentes de escape acidental de gases e vapores;

VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII. queda n'água ou afogamento;

IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional,

definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- I. doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas na Cláusula 3ª, item 1.2, subitens a), b), c) e d), do Capítulo II das Condições Gerais do Seguro;
- II. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- III. prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- IV. acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;
- V. autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;
- VI. todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

CAPÍTULO IV – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 5ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 6ª. Reconhecida a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. A data da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será a data do acidente.

Cláusula 9ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	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 incurável	100
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40

Parcial Diversas	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
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpino	25
	Perda total do uso de um dos polefars, exclusive o metacarpino	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anelares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose não consolidada de um dos joelhos	20
	Anquilose não consolidada de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Parcial Membros Inferiores	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	- 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- 4 (quatro) centímetros	10
	- 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Cláusula 10ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 11ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perdatotal.

Cláusula 12ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 13ª. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

Cláusula 14ª. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante relacionado na tabela do Capítulo IV – Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro.

Cláusula 15ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX. radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental,

XI. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- Indicação da data do acidente;
- Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;

XII. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 16ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 17ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI – DO NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Cláusula 18ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Cláusula 19ª. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

CAPÍTULO VII - PERÍCIA MÉDICA

Cláusula 20ª. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

Cláusula 21ª. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

CAPÍTULO VIII – JUNTA MÉDICA

Cláusula 22ª. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Cláusula 23ª. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cláusula 24ª. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 25ª. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Cláusula 26ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO IX - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 27ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO X – CONTRATAÇÃO

Cláusula 28ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura (s) deste Seguro.

CAPÍTULO XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 29ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as cláusulas das

Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.4- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do capital contratado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, durante a vigência do seguro e conseqüente de invalidez permanente total por acidente pessoal do Segurado, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento ou depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez, sob critérios devidamente especificados nos itens destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a invalidez permanente total do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez total por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente total do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Cláusula 2ª. Configuram a Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto.

Parágrafo único: Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II –DA COBERTURA

Cláusula 3ª. Considera-se invalidez permanente total a ocorrência comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestado por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes casos:

- I. perda total da visão de ambos os olhos;
- II. perda total do uso de ambos os membros superiores;
- III. perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- IV. perda total do uso de ambas as mãos;
- V. perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- VI. perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- VII. perda total do uso de ambos os pés;
- VIII. alienação mental total e incurável.

Parágrafo único. Para efeito da indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

CAPÍTULO III –RISCOS COBERTOS

Cláusula 4ª. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a invalidez permanente total por acidente decorrente de:

- I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos**;
- IV. choque elétrico e raio;
- V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII. queda n’água ou afogamento;

- IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO IV – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- I.** doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas na Cláusula 3ª, item 1.2, subitens a), b), c) e d), do Capítulo II das Condições Gerais do Seguro;
- II.** ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- III.** prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- IV.** acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;
- V.** autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;
- VI.** todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 6ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 7ª. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 8ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 9ª. A data da Invalidez Permanente Total por Acidente será a data do acidente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 10ª. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

Cláusula 11ª. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante relacionado no Capítulo III – Riscos Cobertos.

Cláusula 12ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:
I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX. radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental,

XI. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- Indicação da data do acidente;
 - Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- XII. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 13ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 14ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VII – DO NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Cláusula 15ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.

Cláusula 16ª. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total por Acidente os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

CAPÍTULO VIII - PERÍCIA MÉDICA

Cláusula 17ª. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

Cláusula 18ª. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

CAPÍTULO IX – JUNTA MÉDICA

Cláusula 19ª. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Cláusula 20ª. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cláusula 21ª. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 22ª. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Cláusula 23ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO X - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 24ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO XI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 25ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO XII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 26ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.5- COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

- I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos**;
- IV. choque elétrico e raio;
- V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII. queda n'água ou afogamento;
- IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 4ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 5ª. Reconhecida a Morte Acidental do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 6ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 7ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 8ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de

Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- V. laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VI. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VIII. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- IX. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XI. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e XII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VI – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 9ª. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Morte Acidental uma antecipação da Cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

CAPÍTULO VII - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 10ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Morte Acidental serão de responsabilidade do Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.6 - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de um percentual, determinado na apólice, do capital segurado da cobertura de Morte, caso este apresente estágio avançado no primeiro diagnóstico de qualquer das doenças cobertas, conforme definido nestas Condições Especiais.

Parágrafo 1º. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a doenças graves resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de Doenças Graves.

Parágrafo único. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por Doenças Graves, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO II – DA COBERTURA

Cláusula 3ª. A cobertura de Doenças Graves é aplicável quando o Segurado apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias abaixo relacionadas:

- I – Doenças cardíacas crônicas graves;
- II – Doenças pulmonares crônicas graves;
- III – Doenças renais crônicas graves;
- IV – Síndrome de Imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS);
- V – Doenças neoplásicas malignas;
- VI – Paralisia irreversível e incapacitante;
- VII – Doença de Parkinson;
- VIII – Doenças hepáticas crônicas graves;
- IX – DORT/LER em estágio crônico e avançado.

Parágrafo 1º. Para efeito de reconhecimento dos estágios crônicos avançados das patologias cobertas deverão ser seguidos os critérios apresentados nas cláusulas desta cobertura.

Parágrafo 2º. Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais não estão garantidas por essa cobertura.

CAPÍTULO III – RISCOS COBERTOS

1. CARDIOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS CARDÍACAS CRÔNICAS GRAVES)

Cláusula 4ª. São consideradas Cardiopatias Crônicas Graves as patologias cardíacas que limitam progressivamente a capacidade física, funcional e profissional, implicando em redução da expectativa de vida, não obstante tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura.

Cláusula 5ª. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em graus assim descritos:

Grau I- Pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, palpitações, dispnéia ou angina do peito;

Grau II- Pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém as atividades físicas ordinárias provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito;

Grau III- Pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, apresentando, porém, fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito quando efetuam pequenos esforços;

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

Cláusula 6ª. Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional cardíaca são os seguintes:

- a) história clínica;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma basal;
- d) teste de esforço cardiológico (ergométrico);
- e) ecocardiograma bidimensional.

Cláusula 7ª. Se os métodos diagnósticos não forem suficientes para a definição do grau de incapacidade funcional cardíaca, deverão ser utilizados recursos laboratoriais adicionais, métodos gráficos, estudos hemodinâmicos e outros que a Medicina Especializada venha a exigir.

Cláusula 8ª. Os achados fortuitos, em determinados exames complementares, não são suficientes para o enquadramento como Cardiopatia Crônica Grave, se não estiverem vinculados a elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

Cláusula 9ª. Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Cardiopatias Crônicas Graves os Segurados que apresentarem limitação de sua capacidade funcional

cardíaca nos graus III e IV da classificação descrita na Cláusula 4 destas Condições Especiais.

Cláusula 10ª. Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Cardiopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade, relacionados com a patologia em questão:

1.1. CARDIOPATIA ISQUÊMICA: I-

Quadro Clínico

- Anginas classes III e IV da NYHA, apesar da terapêutica
- Insuficiência Cardíaca
- Arritmias graves associadas (comprovadas ao ECG + HOLTER)

II - Eletrocardiograma basal

- Zona elétrica inativa (dependente da localização e magnitude)
- Alterações isquêmicas de ST-T
- Distúrbios significativos da condução atrioventricular ou intraventricular
- Hipertrofia Ventricular Esquerda significativa
- Fibrilação Atrial crônica
- Arritmias Ventriculares complexas (associadas ao Holter)

III - Radiografia do Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão veno-capilar pulmonar

IV - Teste Ergométrico

- Limitação da capacidade funcional (< 5 MET)
- Angina em baixa carga (< 5 MET)
- Infradesnível do segmento ST:
 - precoce (baixa carga)
 - acentuado (≥ 3 mm)
 - Morfologia horizontal ou descendente
 - Múltiplas derivações
- Duração prolongada (> 6 min. na recuperação)
- Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio
- Comportamento anormal da pressão diastólica (variação de PD ≥ 30 mm Hg)
- Insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca)
- Sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço
- Arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica

V - Ecocardiograma basal

- Fração de ejeção $\leq 0,40$ (valor específico para o método)
- Alterações segmentares da contratilidade ventricular
- Dilatação das câmaras cardíacas esquerdas, especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda.
- Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

VI - Ecocardiograma de esforço ou com procedimentos farmacológicos

- Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no Eco basal
- Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%)

1.2. CARDIOPATIA HIPERTENSIVA:

- I - Com Insuficiência Cardíaca classes III ou IV da NYHA
- II - Com disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção $\leq 0,40$
- III - Com Arritmias graves associadas
- IV - Cardiopatia Isquêmica associada

1.3. MIOCARDIOPATIAS:

1 - Hipertróficas

Hipertrofia moderada ou severa, com isquemia

- Cardiomegalia
- Insuficiência mitral importante
- Gradiente VE-AO > 50 mm Hg

2 - Dilatadas

- Tromboembolismo
- Cardiomegalia importante
- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático

3 - Restritivas

- Tromboembolismo
- Cardiomegalia
- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV

1.4. VALVOPATIAS:

I – Quadro Clínico

- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV
- Sopros > 3/6
- Síncopes
- Tromboembolismos
- Escarros Hemoptóicos
- Baixo débito cerebral
- Angina de peito

II - Eletrocardiograma

- Sobrecargas importantes de câmaras
- Arritmias crônicas

III - Radiografia de Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão venocapilar pulmonar

- Hipertensão Pulmonar

IV - Ecocardiograma

- Comprometimento significativo da Fração de Ejeção
- Sinais de Hipertensão Pulmonar
- Diminuição da área valvar
- Aumento dos gradientes transvalvares
- Dis ou Hipocinesias Ventriculares

1.5. ARRITMIAS CARDÍACAS:

- Bradiarritmias graves e sintomáticas
- Taquiarritmias graves e sintomáticas
- Síndrome de Pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos
- Portadores de Marca-passo definitivo, cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

1.6. COR – PULMONALE CRÔNICO:

I-Quadro Clínico

- Hipóxia cerebral e periférica
- Insuficiência Cardíaca Direita
- Dores anginosas

II - Eletrocardiograma

- Sobrecarga importante de câmaras direitas

III - Ecocardiograma

- Hipertensão Pulmonar ≥ 60 mm Hg
- Insuficiência Tricúspide importante

Cláusula 11^a. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Cardiologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Cardiopatia Crônica Grave.

2. PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS GRAVES)

Cláusula 12^a. São consideradas Pneumopatias Crônicas Graves as patologias que reduzem a capacidade funcional do pulmão, ultrapassados os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, impedindo o exercício de atividades normais dos pacientes e que, por sua natureza, implicam na redução da expectativa de vida.

Cláusula 13^a. A avaliação da capacidade funcional do pulmão permite a distribuição dos pacientes em graus assim descritos:

Grau I - Pacientes portadores de doença pulmonar sem limitação da atividade física. A atividade

física normal não provoca manifestações respiratórias, tais como fadiga ou dispnéia;

Grau II- Pacientes portadores de doença pulmonar com leve limitação da atividade física.

Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém, as atividades físicas ordinárias provocam fadiga ou dispnéia;

Grau III- Pacientes portadores de doença pulmonar com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, apresentando, porém, fadiga ou dispnéia aos pequenos esforços;

Grau IV- Pacientes portadores de doença pulmonar que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam sintomas respiratórios.

Cláusula 14ª. Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional pulmonar são os seguintes:

- a) história clínica;
- b) exame clínico;
- c) radiografia de tórax (duas incidências: postero-anterior e perfil-esquerdo);
- d) espirometria;
- e) teste de esforço respiratório.

Cláusula 15ª. Se os métodos diagnósticos acima não forem suficientes para a definição do grau de incapacidade funcional pulmonar, deverão ser utilizados recursos laboratoriais adicionais, métodos gráficos, gasometria, outras provas de função pulmonar e outros recursos que a Medicina Especializada disponibilize.

Cláusula 16ª. Os achados fortuitos, em determinados exames complementares, não são suficientes para o enquadramento como Pneumopatia Crônica Grave, se não estiverem vinculados a elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença pulmonar incapacitante.

Cláusula 17ª. Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Pneumopatias Crônicas Graves os segurados que apresentarem limitação de sua capacidade funcional pulmonar nos graus III e IV da classificação descrita no subitem 4.2.

Cláusula 18ª. Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Pneumopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

2.1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA:

- Quadro Clínico
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose constante
- Dispnéia importante
- Comprometimento Cardíaco (Cor-Pulmonale)
- Radiografia de Tórax
- Aumento do volume torácico
- Coração "em gôta"

- Cardiomegalia
- Hipotransparência pulmonar importante
- Provas de Função Respiratória
- Evidenciando Insuficiência Respiratória de Moderada a Grave

2.2. DOENÇAS PULMONARES INFECCIOSAS:

Tipos:

- Tuberculose Ativa e Grave
- Micoses Pulmonares
- Quadro Clínico
- Dispnéia intensa
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose
- Febre
- Tosse produtiva
- Hemoptóicos
- Radiografia de Tórax
- Sinais radiológicos de grande comprometimento pulmonar
- Cavidades
- Derrames pleurais

2.3. DOENÇAS PULMONARES INFILTRATIVAS (exceto moléstias ocupacionais):

Tipos:

- Fibrose Intersticial (pulmão em “favo de mel”)
- Sarcoidose
- Distúrbios Colágeno – vasculares
- Quadro Clínico
- Dispnéia intensa
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose
- Sinais da doença de base (ex: Colágeno)
- Radiografia de Tórax
- Sinais radiológicos de grande comprometimento pulmonar
- Infiltrações significativas

Cláusula 18ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Pneumologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Pneumopatia Crônica Grave.

3. NEFROPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS GRAVES)

Cláusula 19ª. São consideradas Nefropatias Crônicas Graves as doenças renais de evolução crônica que, em caráter permanente, acarretam a insuficiência renal pela ocorrência de lesões funcionais graves, determinando a incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

Cláusula 20ª. As lesões de Nefropatia Crônica Grave são avaliadas pelos sinais e sintomas renais característicos e pelas alterações bioquímicas complementares, reconhecidas pela

Medicina Especializada.

Cláusula 21ª. Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as Nefropatias cursam, conforme a seguinte classificação:

a) Insuficiência Renal Leve – Classe I – quando apresenta:

- Filtração glomerular entre 50 e 80 ml /min.;
- Clearance de Creatinina maior que 50% do normal;
- Creatinina sérica até 1,3 mg%.

b) Insuficiência Renal Moderada – Classe II – quando apresenta:

- Filtração glomerular entre 20 e 50 ml /min.;
- Clearance de Creatinina de 25% a 50% do normal;
- Creatinina sérica de 1,4 a 3,5 mg%.

c) Insuficiência Renal Grave – Classe III – quando apresenta:

- Filtração glomerular inferior a 20 ml/min.;
- Clearance de Creatinina abaixo de 25% do normal;
- Creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

Cláusula 22ª. Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Nefropatia Crônica Grave:

- Os pacientes portadores de Insuficiência Renal Moderada – Classe II, quando acompanhados de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa definitiva;
- Os pacientes que cursam com Insuficiência Renal Grave – Classe III.

Cláusula 23ª. Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Nefropatia Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

3.1. GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA:

Tipos:

- **Depósito não imune**

- Vasculite
- Poliarterite
- Granulomatose de Wegener
- Idiopática

- **Complexo Imune**

- Pós-Infeccioso
- Pós-streptocócico
- Abscesso Visceral
- Doença Vascular Colágena
- Nefrite Lúpica
- Púrpura de Henoch-Schönlein
- Doença Renal Primária
- Nefropatia IgA

Glomerulonefrite membrano-proliferativa

- **Anticorpo Anti-membrana Basal**
 - Com hemorragia pulmonar (Síndrome de Goodpasture)
 - Sem hemorragia pulmonar
- **Quadro clínico**
 - Hipertensão Arterial Moderada a Grave
 - Edema
 - Oligúria
 - Insuficiência Renal Classes II/III
- **Exames Complementares**
 - Comprovantes da Insuficiência Renal Classes II/III
 - Comprovantes das causas agressoras renais
por exemplo: ASO
 - Histopatológico Renal por biópsia
 - Anticorpos anti –MBG Diagnóstico
imunológico

3.2. NEFROPATIA DIABÉTICA (exceto se causada por Diabetes Infanto-Juvenil ou preexistente ao início de vigência da cobertura para Doenças Crônicas Graves):

- **Quadro Clínico**
 - Concomitância com outros sítios lesados (por exemplo: Retinopatia Diabética, Vasculopatia periférica, Hipertensão Arterial Sistêmica)
 - Insuficiência Renal Classes II/III

3.3. NEFROPATIA HIPERTENSIVA (exceto se ocorrer em hipertensão moderada/grave preexistente ao início de vigência da cobertura para Doenças Crônicas Graves):

- **Quadro Clínico**
 - Concomitância com outros sítios lesados (por exemplo: Retinopatia Hipertensiva, Vasculopatia periférica, Coronariopatia)
 - Hipertensão Arterial Sistêmica Moderada/Grave
 - Insuficiência Renal Classes II/III

3.4. AMILOIDOSE RENAL:

- **Quadro Clínico**
 - Concomitância com outros sítios lesados (por exemplo: coração, fígado, etc.)
 - Hipertensão Arterial
 - Insuficiência Renal Classes II/III
- **Exames Complementares**
 - Histopatológico: depósito de substância amilóide nos glomérulos
 - Comprovantes laboratoriais de Síndrome Nefrótica

3.5. NEFROPATIA POR OBSTRUÇÃO ARTERIAL E/OU VENOSA GRAVE (exceto se

causada por acidente):

- **Tipos**

- Infarto Renal
- Ateroembolismo Renal
- Necrose Cortical Renal
- Trombose de Veia Renal
- Nefroesclerose Maligna

- **Quadro Clínico**

- Dor nos flancos
- Náuseas , febre e vômitos
- Hematúria
- Insuficiência Renal Classes II/III

- **Exames Complementares**

- Histopatológico
- Urografia excretora
- Cintilografia renal
- Arteriografia

3.6. PIELONEFRITE CRÔNICA GRAVE:

- **Quadro Clínico**

- História de infecções urinárias anteriores
- Dor lombar e febre
- Dor abdominal
- Urina purulenta/sanguinolenta

- **Exames Complementares**

- Cultura de urina positiva
- Urografia excretora
- Proteinúria
- Leucocitúria

3.7. INSUFICIÊNCIA RENAL GRAVE POR RINS POLICÍSTICOS (desde que o primeiro diagnóstico da patologia de base tenha sido feito após o início de vigência da Cobertura para Doenças Crônicas Graves):

- **Quadro Clínico**

- Hematúria
- Hipertensão Arterial
- Infecções do Trato Urinário
- Massas abdominais palpáveis

- **Exames Complementares**

- Ecografia renal
- Urografia excretora
- Tomografia de Abdômen

Cláusula 24ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Nefrologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Nefropatia Crônica Grave.

4 . NEOPLASIA MALIGNA (CÂNCER DE MAU PROGNÓSTICO)

Cláusula 25ª. A malignidade das Neoplasias é resultante da identificação dos seguintes fatores:

- a) alterações celulares próprias das neoplasias;
- b) capacidade de invasão tissular local;
- c) capacidade de propagação metastática;
- d) acometimento, tanto pela neoplasia quanto pelas metástases, de funções e de órgãos de importância vital e gravidade com risco de vida.

Cláusula 26ª. O reconhecimento diagnóstico da Neoplasia Maligna dar-se-á pela utilização dos seguintes meios:

- a) parecer médico especializado;
- b) biópsia com exame histopatológico;
- c) exame citológico, quando possível;
- d) exame radiológico, quando indicado;
- e) exame endoscópico, quando indicado;
- f) exame cintilográfico, quando possível.

Cláusula 27ª. Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Neoplasia Maligna, os segurados que, obedecidos os preceitos listados nas Cláusulas 24 e 25:

- Apresentarem Neoplasia Maligna de mau prognóstico a curto prazo;
- Forem considerados como inválidos para todo e qualquer trabalho em consequência do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna.

Cláusula 28ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Especialista que assista ao Segurado nas doenças do órgão ou sistema afetado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios reconhecidos internacionalmente para definição do estado de Neoplasia Maligna, específicos para cada tipo de câncer.

Cláusula 29ª. Não serão considerados doentes crônicos graves e, portanto, não terão cobertura, os portadores de neoplasias de baixo grau de malignidade.

5. SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

5.1 CONCEITUAÇÃO:

Cláusula 30ª. A SIDA/AIDS é uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode acometer qualquer indivíduo que apresente um comportamento considerado de risco, ou fique exposto a uma situação assim reconhecida, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

5.2 CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Cláusula 31ª. A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

Parágrafo 1º. Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem às seguintes categorias:

- Categoria "A"

- Infecção Assintomática – indivíduos com sorologia positiva para o HIV , sem apresentar sintomas.
- Linfadenopatia Generalizada Persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para HIV.
- Infecção Aguda – síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

- Categoria "B"

- Angiomatose bacilar
- Candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento
- Candidíase orofaríngea
- Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração).

- Categoria "C"

- Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica
- Criptococose extrapulmonar
- Câncer cervical uterino
- Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus
- Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução
- Histoplasmose disseminada
- Isosporíase crônica
- Micobacteriose atípica
- Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar
- Pneumonia por P. Carinii
- Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano
- Pneumonia recorrente por " salmonella"
- Toxoplasmose cerebral
- Leucoencefalopatia intestinal crônica
- Criptosporidiose intestinal crônica
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma: de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro
- Encefalopatia pelo HIV
- Síndrome consumptiva pelo HIV

Parágrafo 2º. Quanto à contagem de linfócitos CD4 os pacientes pertencem aos seguintes Grupos:

- GRUPO 1 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou

acima de 500/mm³

- GRUPO 2 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³

- GRUPO 3 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³

5.3. QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL:

GRUPO por contagem		CATEGORIA CLÍNICA		
de CD4		A	B	C
1	≥ 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200 – 499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/mm ³	A3	B3	C3

Cláusula 32^a. Para efeito dessa cobertura, são considerados graves os segurados que:

- Estiverem classificados em qualquer categoria, se pertecerem ao Grupo 3 de CD4;
- Estiverem classificados na categoria clínica “C”, independente do Grupo de CD4;

Cláusula 33^a. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Infectologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para reconhecimento do direito à cobertura pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

6. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Cláusula 34^a. Entende-se por Paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica neurológica crônica de natureza degenerativa.

Cláusula 35^a. A Paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a motricidade, e que tornem o Segurado Titular total e permanentemente inválido para todo e qualquer trabalho, além de dependente de cuidados permanentes de enfermagem.

Cláusula 36^a. Para efeito dessa cobertura, são as seguintes as paralisias invalidantes cobertas:

- hemiplegia – paralisia total de um membro superior e inferior, do mesmo lado do corpo;
- paraplegia – paralisia total dos dois membros inferiores;
- diplegia – paralisia total de um membro superior e um inferior, de lados postos, ou dos dois superiores;
- triplegia – paralisia total de três membros do corpo;
- tetraplegia – paralisia total dos quatros membros do corpo.

Cláusula 37ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Neurologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Paralisia Irreversível e Incapacitante.

Cláusula 38ª. As paralisias decorrentes de acidentes estão excluídas dessa cobertura.

7. DOENÇA DE PARKINSON GRAVE

Cláusula 39ª. A Doença de Parkinson é um quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra-Piramidal, e caracterizado pelos seguintes sinais:

- a) Tremor – hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) Rigidez muscular – sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c) Oligocinesia – diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

Cláusula 40ª. O Parkinsonismo Secundário, também chamado Síndrome de Parkinson, é conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas, endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

Cláusula 41ª. Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

Cláusula 42ª. Se a Síndrome de Parkinsonismo for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura.

Cláusula 43ª. Estão excluídos dessa cobertura, os quadros de Síndrome de Parkinson conseqüentes a acidentes ou dependência química do Segurado.

Cláusula 44ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração de Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Neurologista que assista ao segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Doença de Parkinson Grave.

8. HEPATOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS HEPÁTICAS CRÔNICAS GRAVES)

Cláusula 45ª. São consideradas Hepatopatias Crônicas Graves as patologias hepáticas de evolução crônica que, em caráter permanente, acarretam a Insuficiência Hepática pela ocorrência de lesões funcionais graves, determinando a incapacidade total para o trabalho e/ou risco de vida.

Cláusula 46ª. As lesões de Hepatopatia Crônica Grave são avaliadas pelos sinais e sintomas hepáticos característicos e pelas alterações bioquímicas complementares, reconhecidas pela

Medicina Especializada.

Cláusula 47ª. Considerados os níveis de alterações da função hepática e o grau de insuficiência hepática, as Hepatopatias cursam, conforme a seguinte classificação:

a) Insuficiência Hepática leve – Classe I

- Sem ascite
- Sem encefalopatia
- Bilirrubina ≤ 33 micromol/L
- Albumina ≥ 36 g/L
- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) - 1 a 4 segundos

b) Insuficiência Hepática Moderada – Classe II

- Ascite leve
- Encefalopatia (já com alterações de personalidade)
- Bilirrubina entre 34 e 51 micromol/L
- Albumina entre 28 e 35 g/L
- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) - 5 a 6 segundos

c) Insuficiência Hepática Importante – Classe III

- Ascite expressiva
- Encefalopatia (já com alterações do comportamento e até convulsões)
- Bilirrubina ≥ 52 micromol/L
- Albumina ≤ 27 g/L
- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) - ≥ 7 segundos

Cláusula 48ª. Para efeito dessa cobertura, são consideradas portadores de Hepatopatia Crônica Grave:

- Os pacientes portadores de Insuficiência Hepática Moderada – Classe II, quando acompanhados de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa definitiva;
- Os pacientes que cursam com Insuficiência Hepática Grave – Classe III.

Cláusula 49ª. Além do previsto do item anterior é necessário que o diagnóstico de Hepatopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

10.1. FIBROSES:

• **Tipos**

- Inflamatórias
- Tóxicas (exceto as de origem ocupacional ou por dependência química)
- Vasculares

• **Quadro clínico**

- Hemorragias Digestivas
- Aranhas vasculares
- Ascite
- Edema
- Encefalopatia
- Sintomas gerais (náuseas, fadiga)

- **Exames Complementares**

- Radiografia do abdômen (Ascite)
- Ecografia abdominal (Ascite, alterações na morfologia hepática)
- Endoscopia digestiva

10.2. CIRROSES:

- **Tipos**

- Metabólicas (exceto as de origem ocupacional ou por dependência química)
- Pós-viróticas
- Auto-Imunes

- **Quadro clínico**

- Sintomas gerais (fraqueza, náuseas, anorexia, mal estar, perda de peso)
- Icterícia
- Prurido
- Hemorragias digestivas
- Ginecomastia
- Aranhas Vasculares

- **Exames Complementares**

- Hipoalbuminemia
- Tempo de Protrombina prolongado
- Anemia
- Ecografia abdominal (hepatoesplenomegalia)

Cláusula 50ª. Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente preenchida e assinada pelo Médico que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Hepatopatia Crônica Grave.

9. DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - DORT/LER EM ESTÁGIO CRÔNICO E AVANÇADO

Cláusula 51ª. As DORT/LER são afecções relacionadas ao trabalho que acometem tendões, sinóvias, músculos, nervos, fáscias, ligamentos, isolada ou associadamente, podendo ser acompanhadas de degeneração dos tecidos, frequentemente comprometendo os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, na imensa maioria dos casos, em decorrência do uso repetido e/ou forçado de grupos musculares, bem como pela postura inadequada.

Cláusula 52ª. A avaliação se dá essencialmente pelo exame clínico, pelo exame físico detalhado, através dos exames complementares e da análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento das lesões.

Cláusula 53ª. Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT/LER podem ser enquadrados nos seguintes estadiamentos:

9.1 GRAU I:

Sensação de peso e desconforto no membro ou seguimento afetado, dor espontânea

localizada, pontadas ocasionais durante a execução do trabalho sem contudo interferir na produtividade. Não há irradiação nítida, melhora com o repouso e em geral é leve e fugaz. Os sinais clínicos não estão presentes, a dor pode se manifestar durante a compressão da massa muscular afetada. Tem bom prognóstico.

9.2 GRAU II:

A dor é persistente e mais intensa, e aparece durante a jornada de trabalho de maneira intermitente, porém tolerável, permitindo o desempenho da atividade profissional, mas demonstrando nítida queda na produtividade durante os períodos de exacerbação do quadro.

O quadro doloroso é mais localizado, podendo também, estar presente o formigamento, calor, distúrbio de sensibilidade, bem como pode haver irradiação definida.

O repouso promove a melhora de maneira lenta, podendo aparecer durante as atividades domésticas.

Os sinais clínicos geralmente estão ausentes, mas pode ser detectadas pequenas nodulações acompanhando a bainha dos tendões envolvidos. Podem estar presentes também a hipertonía muscular e dolorimento à palpação. O prognóstico é favorável.

9.3 GRAU III:

Dor persistente, forte e com irradiação bem definida, apresentando apenas melhora com o repouso, persistindo o dolorimento. Paroxismo doloroso principalmente noturno. Podem estar presentes a perda da força muscular e a parestesia. A baixa produtividade é marcante, podendo chegar a impossibilidade de executar o trabalho, tanto profissional quanto doméstico. Aqui já estão presentes os sinais clínicos.

Identifica-se edema recorrente, hipertonía muscular constante, alterações da sensibilidade principalmente nos paroxismos dolorosos, palidez, hipertermia e sudorese das extremidades. Os movimentos ou a palpação muscular provocam dor intensa. Aqui, a eletroneuromiografia poderá apresentar alterações, quando há comprometimento neurológico. Prognóstico reservado.

9.4 GRAU IV:

A dor é muito forte, contínua, às vezes até insuportável, com intenso sofrimento. A mobilização intensifica consideravelmente a dor, acometendo todo o membro afetado. O paroxismo doloroso está presente até mesmo em repouso do membro. A perda da força e do controle dos movimentos são constantes. O edema também é constante, como também podem estar presentes a deformidade por processos fibróticos, comprometendo o sistema circulatório. Devido ao desuso, surgem a atrofia, principalmente dos dedos.

O indivíduo se encontra incapacitado para o trabalho, inclusive para os atos da vida diária que estão altamente prejudicados. Surgem alterações psicológicas, com quadro de depressão, ansiedade e angústia. O prognóstico é sombrio.

Cláusula 53ª. Critérios para identificação dos sinistros: Serão considerados como portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT/LER, em estágio crônico e avançado, os Segurados que apresentarem quadro clínico enquadrado no grau IV, desde que presentes todos os sinais clínicos de dor forte e contínua, edema constante, deformidade pelo processo fibrótico, atrofia por desuso, alterações psicológicas e que as alterações eletroneuromiográficas existentes sejam específicas e bem definidas.

Cláusula 54ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura de Doenças Graves, os eventos ocorridos em consequência de:

I. doenças ocupacionais;

II. doenças decorrentes de dependência química.

CAPÍTULO V – CARÊNCIA

Cláusula 55ª. Para que o Segurado adquira o referido benefício, torna-se necessário cumprir o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação desta cobertura ou do aumento de capital segurado ou da sua recondução, no caso de suspensão.

CAPÍTULO VI – CAPITAL SEGUADO

Cláusula 56ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 57ª. Reconhecida a Doença Grave pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 58ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do respectivo atestado médico devidamente assinado pelo médico assistente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO VII – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 59ª. Constata a Doença Grave coberta pelo Seguro, o Segurado ou seu representante legal deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 60ª. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico terminal.

Cláusula 61ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

IV. Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, se houver;

V. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;

VI. Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico

assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;

VII. Laudo médico que comprove a doença grave da pessoa que sofreu o sinistro, emitido por médico devidamente habilitado especialista na patologia caracterizada.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 62ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 63ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VIII - PERÍCIA MÉDICA

Cláusula 64ª. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

Cláusula 65ª. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

CAPÍTULO IX – JUNTA MÉDICA

Cláusula 66ª. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Doença Grave, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Cláusula 67ª. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cláusula 68ª. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 69ª. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Cláusula 70ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO X - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 71ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico terminal. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO XI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 72ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO XII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 73ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Doenças Graves todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.7 - COBERTURA DE DOENÇAS TERMINAIS

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de Morte, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido nestas Condições Especiais.

Parágrafo 1º. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a doença terminal resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II –RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Estão cobertos por esta cobertura os eventos que possibilitam a antecipação de 100% (cem por cento) da Indenização relativa à Cobertura de Morte, caso o Segurado seja considerado paciente terminal, nos termos destas Condições Especiais, decorrido o prazo de carência previsto no Capítulo IV – Carência, desde que não resulte de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais.

CAPÍTULO III –RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da Cobertura de Doenças Terminais, os eventos ocorridos em consequência de:

- I. doenças causadas intencionalmente pelo próprio Segurado;**
- II. uso indevido de álcool, drogas e narcóticos, salvo os prescritos por médico profissional habilitado e consumidos de acordo com tal prescrição.**

CAPÍTULO IV – CARÊNCIA

Cláusula 4ª. Para que o Segurado adquira o referido benefício, torna-se necessário cumprir o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação desta cobertura ou do aumento de capital segurado ou da sua recondução, no caso de suspensão.

CAPÍTULO V –CAPITAL SEGURADO

Cláusula 5ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 6ª. Reconhecida a Doença Terminal pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do respectivo atestado médico devidamente assinado pelo médico assistente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Consta a Doença Terminal coberta pelo Seguro, o Segurado ou seu representante legal deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico terminal.

Cláusula 10ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV. Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, se houver;
- V. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
- VI. Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
- VII. Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevida de no máximo 06 (seis) meses, emitido por médico devidamente habilitado especialista na patologia caracterizada.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 11ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela

Seguradora.

Cláusula 12ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VII - PERÍCIA MÉDICA

Cláusula 13ª. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

Cláusula 14ª. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

CAPÍTULO VIII – JUNTA MÉDICA

Cláusula 15ª. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Doença Terminal, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Cláusula 16ª. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cláusula 17ª. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 18ª. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Cláusula 19ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO IX – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 20ª. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Cobertura de Doenças Terminais uma antecipação da Cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

Cláusula 21ª. Caso não seja comprovada a Doenças Terminais, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

CAPÍTULO X - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 22ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Terminal serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico terminal. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO XI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 23ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO XII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 24ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Doenças Terminais todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.8 - COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de um percentual do capital segurado da cobertura de Morte, quando constatada doença congênita de seu filho, caracterizada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento, conforme definido nestas Condições Especiais.

Parágrafo 1º. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a doença congênita resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II –DA COBERTURA

Cláusula 2ª. A cobertura de Doença Congênita de Filhos é aplicável quando o filho do Segurado apresentar uma ou mais patologias abaixo relacionadas:

- I - Malformações congênicas do sistema nervoso;
- II - Malformações congênicas do aparelho circulatório;
- III - Fenda labial e fenda palatina;
- IV - Ausência atresia e estenose do intestino delgado;
- V - Testículo não descido;
- VI - Outras malformações do aparelho geniturinário;
- VII - Deformidades congênicas dos pés;
- VIII - Anomalias cromossômicas NCOP;
- IX - Anomalias dentofaciais.

CAPÍTULO III –RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Doença Congênita de Filhos e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV –CAPITAL SEGURADO

Cláusula 4ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 5ª. Reconhecida a Doença Congênita pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 6ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do respectivo atestado médico devidamente assinado pelo médico assistente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 7ª. Constata a Doença Congênita coberta pelo Seguro, o Segurado ou seu representante legal deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 8ª. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora as condições de saúde de seu filho, retratando o quadro clínico terminal.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
- V. Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
- VI. Laudo médico que comprove a doença congênita da pessoa que sofreu o sinistro emitido por médico devidamente habilitado especialista na patologia caracterizada.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - PERÍCIA MÉDICA

Cláusula 12ª. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

Cláusula 13ª. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

CAPÍTULO VII – JUNTA MÉDICA

Cláusula 14ª. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Doença Congênita, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Cláusula 15ª. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cláusula 16ª. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 17ª. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Cláusula 18ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VIII - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 19ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Congênita serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico terminal. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO IX – CONTRATAÇÃO

Cláusula 20ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO X - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 21ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Doença Congênita de Filhos todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem

prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.9 - COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de verba rescisória, caso o Segurado Principal venha a falecer, desde que devidamente coberta pelo seguro, observadas as Condições Contratuais.

Parágrafo 1º. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será sempre o Estipulante.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o sinistro resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para esta cobertura adicional o custeio deverá ser não contributivo, quando os Segurados não pagam prêmios.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Rescisão Trabalhista e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CARÊNCIA

Cláusula 3ª. Poderá ser estipulado nas Condições Especiais da Apólice um prazo de carência para esta cobertura de até 06 (seis) meses.

Parágrafo 1º. Não haverá carência para morte acidental.

CAPÍTULO IV – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 4ª. Os limites de capital segurado serão determinados na Apólice, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

Cláusula 5ª. Reconhecido o sinistro pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

Cláusula 6ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 7ª. Constatado o óbito do Segurado, o Estipulante deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 8ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV – Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- V – Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- VI – Cópias do contrato social e do cartão de CNPJ do Estipulante;
- VII – Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao Estipulante, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, gás, IPVA, IPTU.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Estipulante.

Cláusula 9ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Estipulante, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 10ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 11ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Rescisão Trabalhista serão de responsabilidade do próprio Estipulante, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico terminal. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 13ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Rescisão Trabalhista todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.10 - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

Parágrafo 1º. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. No entanto, desde que preservada a livre escolha do Segurado, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo único. Não estão abrangidas, na cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente, as despesas decorrentes de:

- a) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas com acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

CAPÍTULO III – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Seguradora são os seguintes:

- I. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);

- III. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX. radiografias, se houver;
- X. relatório do Médico Assistente (formulário fornecido pela Seguradora);
- XI. laudo Oftalmológico (formulário fornecido pela Seguradora);
- XII. notas Fiscais originais das despesas médicas discriminando cada um dos procedimentos realizados; e
- XIII. cópia autenticada do Receituário Médico.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 6ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 7ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

CAPÍTULO IV - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 9ª. As despesas efetuadas com a legitimação das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias

sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura (s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.11 - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente de doenças ou acidentes previstos e cobertos por este seguro.

Parágrafo único. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

CAPÍTULO II – DA COBERTURA

Cláusula 2ª. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente de doença ou acidente pessoal devidamente cobertos, respeitados os demais itens destas Condições Especiais.

Cláusula 3ª. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.

Cláusula 4ª. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze)** horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Cláusula 5ª. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

Cláusula 6ª. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.

Cláusula 7ª. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesmainternação.

Cláusula 8ª. Para as internações que comprovadamente ocorrerem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o pagamento do valor diário fixo poderá ser pago em dobro, durante o período da internação.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 9ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:

I - Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;

II - Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;

III - Hospitalização decorrente de doenças congênitas;

IV - Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

V - Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

VI - Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

VII - Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);

VIII - Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.

Cláusula 10ª. Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

I - Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

II - Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

III - Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;

IV - Home Care (internação domiciliar).

CAPÍTULO IV – CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Cláusula 11ª. O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de até de 180 (cento e oitenta) dias.

Cláusula 12ª. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado de Seguro.

Cláusula 13ª. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

Parágrafo único. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.

Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual, com limite máximo de 15 dias.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 14ª. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar.

Cláusula 15ª. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

Cláusula 16ª. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 17ª. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

Cláusula 18ª. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

Cláusula 19ª. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

Cláusula 20ª. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 21ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I – Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II – Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- III - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- IV - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- V - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- VI - Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;
- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

VIII - Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;

IX - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

X - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

Cláusula 22ª. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

Cláusula 23ª. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 24ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Cláusula 25ª. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

CAPÍTULO VII - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 26ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 27ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura (s) deste Seguro.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 28ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Diária de Internação Hospitalar todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.12 - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente única e exclusivamente de acidentes previstos e cobertos por este seguro.

Parágrafo único. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

CAPÍTULO II – DA COBERTURA

Cláusula 2ª. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente única e exclusivamente de acidente pessoal, devidamente coberto, respeitados os demais itens destas Condições Gerais.

Cláusula 3ª. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.

Cláusula 4ª. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze)** horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Cláusula 5ª. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

Cláusula 6ª. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.

Cláusula 7ª. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesma internação.

Cláusula 8ª. Para as internações que comprovadamente ocorrerem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o pagamento do valor diário fixo poderá ser pago em dobro, durante o período da internação.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 9ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente

os eventos ocorridos em consequência de:

- IX** - acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- X** - acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- XI** - quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;
- XII** - Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;
- XIII** - Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- XIV** - Hospitalização decorrente de doenças congênitas;
- XV** - Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- XVI** - Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
- XVII** - Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- XVIII** - Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- XIX** - Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.

Cláusula 10ª. Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

- I** - Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
- II** - Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- III** - Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
- IV** - Home Care (internação domiciliar).

CAPÍTULO IV – CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Cláusula 11ª. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

Parágrafo único. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior

do que a franquia estipulada.

Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou do Certificado Individual, com limite máximo de 15 dias.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 12ª. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar.

Cláusula 13ª. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

Cláusula 14ª. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 15ª. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

Cláusula 16ª. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

Cláusula 17ª. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

Cláusula 18ª. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 19ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são:

- I – Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II – Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- III - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- IV - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- V - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- VI - Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;

- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- VIII - Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- IX - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- X - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

Cláusula 20ª. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior.

Cláusula 21ª. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 22ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Cláusula 23ª. Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

CAPÍTULO VII - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 24ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Internação Hospitalar por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 25ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra (s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 26ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.13 - COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de benefício diário de incapacidade temporária decorrente de doenças ou acidentes do Segurado, profissional liberal ou autônomo, previstos e cobertos por este seguro.

Parágrafo único. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

CAPÍTULO II – DA COBERTURA

Cláusula 2ª. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.

Cláusula 3ª. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advenha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.

Cláusula 4ª. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

Cláusula 5ª. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

Cláusula 6ª. Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do Capítulo II – Definições, Item 1, Condições Gerais deste seguro.

Cláusula 7ª. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 8ª. Além dos riscos excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

I - Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

II - Entesopatia;

III - Entorses, distensões, contusões;

IV - Fraturas de elementos dentários.

CAPÍTULO IV –CARÊNCIA

Cláusula 9ª. A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na especificação da apólice, sendo o tempo mínimo de 15 (quinze) dias e não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

Cláusula 10ª. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, respeitadas as disposições da Cláusula 8ª acima.

Cláusula 11ª. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

CAPÍTULO V –CAPITAL SEGURADO

Cláusula 12ª. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária por incapacidade temporária.

Cláusula 13ª. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

Cláusula 14ª. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.

Cláusula 15ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de incapacidade temporária.

Parágrafo único. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por incapacidade temporária, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 16ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são:

- I – Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II– Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- III - Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - comprovante de inscrição em Órgão ou Entidade Profissional (ex: CRM, OAB, CRC, CRO, CREA, etc.)
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- IV - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- V - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- VI - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- VIII - Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando realizado;
- IX - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- X - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

Cláusula 17ª. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

Cláusula 18ª. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 19ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Cláusula 20ª. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 21ª. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

Cláusula 22ª. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

Cláusula 23ª. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve

incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.

Cláusula 24ª. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

Cláusula 25ª. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

Cláusula 26ª. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

CAPÍTULO VII - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 27ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 28ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 29ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.14 - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Individual, caso o Segurado venha a falecer, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.

Parágrafo único: O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

Cláusula 2ª. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:

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

Cláusula 3ª. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do sinistro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Constatado o óbito do Segurado, o Beneficiário deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para à Seguradora, são os seguintes:

- I. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV. cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- V. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
- VI. notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 12ª. As despesas efetuadas com a legitimação do Auxílio Funeral Individual serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito.

As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES FINAIS
--

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Funeral Individual todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.15 - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas às condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Individual, caso o Segurado venha a falecer única e exclusivamente por causas acidentais, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.

Parágrafo único: O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

Cláusula 2ª. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:

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

Cláusula 3ª. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

Beneficiário

Parágrafo 1º. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Parágrafo 2º. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

Parágrafo 3º. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro (a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código

Civil.

Parágrafo 4º. Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

Parágrafo 5º. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para esta figurar nesta condição.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do sinistro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Constatado o óbito do Segurado, o Beneficiário deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV. Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- V. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
- VI. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;
- VII. Cópia autenticada do Inquérito Policial, quando for o caso;
- VIII. Notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou

esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 12ª. As despesas efetuadas com a legitimação do Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental, serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito.

As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.16 - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do reembolso dos gastos funerários ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Familiar, caso o cônjuge e/ou o(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos do Segurado venham a falecer, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.

Parágrafo 1º: Estarão cobertos por esta cobertura o cônjuge e/ou o(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos do Segurado, devidamente incluídos no seguro, estendendo-se esta cobertura os natimortos, quando houver realização de funeral.

Parágrafo 2º: O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

Cláusula 2ª. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:

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

Cláusula 3ª. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Familiar e, por

isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado Dependente.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do sinistro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Constatado o óbito do Segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverão comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado ou pelo Beneficiário para à Seguradora, são os seguintes:

- I. autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado Dependente;
- IV. cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado Dependente;
- V. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
- VI. notas Fiscais e recibos originais ou cópias autenticadas das despesas com o funeral.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 12ª. As despesas efetuadas com a legitimação do Auxílio Funeral Familiar serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Funeral Familiar todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.17 - COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Essa cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) beneficiário (s) o pagamento de parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos.

Parágrafo único: O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidas na proposta de adesão e/ou no certificado individual.

Beneficiário

Parágrafo 1º. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Parágrafo 2º. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

Parágrafo 3º. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro (a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

Parágrafo 4º. Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

Parágrafo 5º. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para esta figurar nesta condição.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Constatado o óbito do Segurado, o Beneficiário deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são:

I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela

Seguradora);

II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

IV. Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

V. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 12ª. As despesas efetuadas com a legitimação do Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental, serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Cesta Básica todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da

aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.18 - COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Essa cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao (s) beneficiário (s) o pagamento de parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos.

Parágrafo único: O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidas na proposta de adesão e/ou no certificado individual.

Beneficiário

Parágrafo 1º. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Parágrafo 2º. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

Parágrafo 3º. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro (a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

Parágrafo 4º. Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

Parágrafo 5º. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para esta figurar nesta condição.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 7ª. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Constatado o óbito do Segurado, o Beneficiário deverá comunicar o sinistro à Seguradora.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Seguradora, são:

I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- IV. Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- V. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante atualizado residência do Beneficiário;
- VI. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- VII. Cópia autenticada de Inquérito Policial.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de solicitação de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não se obrigam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Cláusula 12ª. As despesas efetuadas com a legitimação do Auxílio Funeral Individual em caso de Morte Acidental serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o óbito.

As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições

Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.19- INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir o cônjuge do Segurado Principal que assim o solicitar, garantindo ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 2º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Facultativa de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 3º. Beneficiários: Em caso de morte do Cônjuge do Segurado Principal, a indenização devida será paga ao Segurado Principal, salvo no caso de nomeação expressa de outrem pelo Segurado Dependente, ou seja, pelo cônjuge.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

I. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

II. Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal. Equipara-se ao cônjuge, para todos os efeitos desta cláusula suplementar, a pessoa com quem o Segurado conviva de forma pública e notória com o objetivo de constituir família, ou seja, a(o) companheira(o).

Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:

- a) Certidão de nascimento de filho havido em comum;
- b) Certidão de casamento religioso;
- c) Declaração de Imposto de Renda do Segurado Principal, em que conste a(o) companheira(o) como seu dependente;
- d) Anotação constante na CP (Carteira Profissional) e/ou CTPS (Carteira Profissional por Tempo de Serviço), feita pelo órgão competente;
- e) Prova de mesmo domicílio;

- f) Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- g) Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessando como dependente do Segurado Principal;
- h) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO IV – ACEITAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 3ª. A inclusão do cônjuge do Segurado Principal na apólice é realizada facultativamente.

Cláusula 4ª. A Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

Cláusula 5ª. Para a aceitação do cônjuge poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a Sociedade Seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

Cláusula 6ª. Se o Cônjuge ou companheira(o) e o Segurado Principal forem vinculados ao mesmo Estipulante por meio empregatício ou associativo, não lhes será permitido participar simultaneamente do seguro na condição de “Segurado Principal e Cônjuge”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na Apólice, somente poderão fazê-lo na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO V – GARANTIAS DO SEGURO

Cláusula 7ª. Poderão ser contratadas as demais coberturas previstas para o Segurado Principal.

CAPÍTULO VI– INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VII – CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Cláusula 10ª. A cobertura de qualquer Segurado, Cônjuge ou Companheira (o) terminará obrigatoriamente:

I. Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura do Segurado Principal;

II. Na data em que for cancelado o seguro de cada Segurado ou quando esta cláusula complementar for cancelada;

III. Na data em que vier a ocorrer a cessação da condição de cônjuge ou companheira (o);

IV. Quando o Segurado Principal ou Dependente solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, sua exclusão da apólice;

V. Quando o Segurado Principal solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, a exclusão de seu cônjuge ou companheira (o) da apólice,

VI. Com o pagamento da Indenização por Morte, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doenças Terminais (quando contratadas), por ocasião de sinistro ocorrido com o Segurado Principal, cônjuge ou companheira (o).

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.20 - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir o cônjuge do Segurado Principal, garantindo ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 2º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Automática de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 3º. Beneficiários: Em caso de morte do Cônjuge do Segurado Principal, a indenização devida será paga ao Segurado Principal, salvo no caso de nomeação expressa de outrem pelo Segurado Dependente, ou seja, pelo cônjuge.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

I. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

II. Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheiro (a) do Segurado Principal. Equipara-se ao cônjuge, para todos os efeitos desta cláusula suplementar, a pessoa com quem o Segurado conviva de forma pública e notória com o objetivo de constituir família, ou seja, a (o) companheira (o).

Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:

- a) Certidão de nascimento de filho havido em comum;
- b) Certidão de casamento religioso;
- c) Declaração de Imposto de Renda do Segurado Principal, em que conste a(o) companheira(o) como seu dependente;
- d) Anotação constante na CP (Carteira Profissional) e/ou CTPS (Carteira Profissional por Tempo de Serviço), feita pelo órgão competente;
- e) Prova de mesmo domicílio;
- f) Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- g) Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do Segurado Principal;
- h) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na (s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO IV – ACEITAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 3ª. A inclusão do cônjuge do Segurado Principal na apólice é realizada automaticamente.

Cláusula 4ª. A Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

Cláusula 5ª. Para a aceitação do cônjuge poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a Sociedade Seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

Cláusula 6ª. Se o Cônjuge ou companheira (o) e o Segurado Principal forem vinculados ao mesmo Estipulante por meio empregatício ou associativo, não lhes será permitido participar simultaneamente do seguro na condição de “Segurado Principal e Cônjuge”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na Apólice, somente poderão fazê-lo na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO V – GARANTIAS DO SEGURO

Cláusula 7ª. Poderão ser contratadas as demais coberturas previstas para o Segurado Principal.

CAPÍTULO VI – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 8ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a

documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VII – CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Cláusula 10ª. A cobertura de qualquer Segurado, Cônjuge ou Companheira(o) terminará obrigatoriamente:

- I. Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura do Segurado Principal;
- II. Na data em que for cancelado o seguro de cada Segurado ou quando esta cláusula suplementar for cancelada;
- III. Na data em que vier a ocorrer a cessação da condição de cônjuge ou companheira(o);
- IV. Quando o Segurado Principal ou Dependente solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, sua exclusão da apólice;
- V. Quando o Segurado Principal solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, a exclusão de seu cônjuge ou companheira(o) da apólice,
- VI. Com o pagamento da Indenização por Morte, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença Terminal (quando contratadas), por ocasião de sinistro ocorrido com o Segurado Principal, cônjuge ou companheira(o).

CAPÍTULO VIII – CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO IX – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão Automática de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.21 - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo incluir automaticamente todos os filhos de até 21 (vinte e um) anos incompletos do Segurado Principal, respeitadas as Condições Gerais e Especiais do Seguro.

Parágrafo 1º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão Automática de Filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 2º. Beneficiários: A indenização devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.

Parágrafo 3º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

I. Segurado Principal: é o Segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante.

II. Segurados Dependentes: são os filhos, legítimos ou adotados, do Segurado que possuam até 21 (vinte e um) anos incompletos.

Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos, legítimos ou adotados, que possuam até 21 (vinte e um) anos incompletos, do cônjuge, quando estes forem participantes da apólice pela cláusula suplementar de inclusão automática de cônjuge e desde que declarados no imposto de Renda do cônjuge.

Quando ambos os cônjuges participarem do grupo Segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado ou, no caso de equivalência, exclusivamente do Segurado Principal.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão Automática de Filhos e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO IV – ACEITAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 3ª. A inclusão dos Segurados Dependentes, definidos no item II do Capítulo II desta cobertura na apólice é realizada automaticamente.

Cláusula 4ª. A Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

Cláusula 5ª. Para a aceitação do Segurado Dependente poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a Sociedade Seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

CAPÍTULO V – GARANTIAS DO SEGURO

Cláusula 6ª. Poderão ser contratadas as demais coberturas previstas para o Segurado Principal.

CAPÍTULO VI – CAPITAL SEGUADO

Cláusula 7ª. Em qualquer hipótese o Capital Segurado do Segurado Dependente será estabelecido no Contrato de Seguro, limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao Segurado Principal.

Parágrafo 1º. Para os menores de 14 (catorze) anos, a Cobertura de Morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral.

Parágrafo 2º. Considera-se como despesa com funeral o eventual traslado.

Parágrafo 3º. Não estão abrangidas pela cobertura as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CAPÍTULO VII – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 10ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na (s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 11ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VIII – CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Cláusula 12ª. A cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:

I. Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura do Segurado Principal;

II. Na data em que for cancelado o seguro de cada Segurado ou quando esta cláusula suplementar for cancelada;

III. Quando o Segurado Principal solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, sua exclusão da apólice;

IV. Quando o Segurado Principal solicitar ao Estipulante, por escrito e devidamente assinado, a exclusão do Segurado Dependente da apólice,

V. Quando o filho atingir a idade de 21 (vinte e um) anos completos;

VI. Quando incluídos os filhos do cônjuge, no caso de:

a) Cancelamento da Cobertura de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou da Cobertura de Inclusão Automática de Cônjuge;

b) Separação judicial ou divórcio do casal;

c) Cancelamento do registro, quando se tratar de companheira (o), e/ou pelo fim da convivência conjugal;

d) Quando o filho atingir a idade de 21 (vinte e um) anos completos.

VI. Com o pagamento da Indenização por Morte, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença Terminal (quando contratadas), por ocasião de sinistro ocorrido com o Segurado Principal ou Segurado Dependente, neste caso, os filhos.

CAPÍTULO IX – CONTRATAÇÃO

Cláusula 13ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO X – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão Automática de Filhos todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.