SEGURO COLETIVO DE PESSOAS – TAXA MÉDIA

Condições Gerais
Processo SUSEP nº 15414.004708/2007-20

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO 5
2. DEFINIÇÕES 5
3. COBERTURAS DO SEGURO 11
4. RISCOS EXCLUÍDOS 13
5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA 15
6. CARÊNCIA 16
7. GRUPO SEGURÁVEL 17
8. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS 18
9. ACEITAÇÃO 19
10. VIGÊNCIA 20
11. CAPITAL SEGURADO 21
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO 22
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 25
14. PRAZO DE TOLERÂNCIA 26
15. PERDA DE DIREITO 27
16. CANCELAMENTO DO SEGURO 28
17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO 29
18. OBRIGAÇÃO 30
19. REGULAÇÃO DE SINISTRO 32
20. BENEFICIÁRIOS 35
21. REGIME FINANCEIRO 36
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 36
23. SUB-ROGAÇÃO 36
24. FORO 36
25. DISPOSIÇÕES GERAIS 36

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT) 38

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP) 42

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 45

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 50

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 58

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 64

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD) 74

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) 79

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES (DG) 85

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS (DGA) 91

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI) 99

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF) 104

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (AUXF-EP) 107

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL MORTE ACIDENTAL (AUXF-MA) 111

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)115

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (RDF - EP) 119

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL MORTE ACIDENTAL (RDF - MA) 123

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF) 127

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (GASSF - EP) 135

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL MORTE ACIDENTAL (GASSF-MA) 141

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE TRASLADO DE CORPO (TC) 150

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE TRANSLADO DE CORPO POR MORTE ACIDENTAL (TC-MA) 156

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS (DD-MRT) 163

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERDAS POR MORTE ACIDENTAL (DD-MA)167

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (DD-IPA) 172

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DD-ACID)177

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR NATALIDADE (DD-NA)181

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DECONG) 185

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO (DCF).. 190

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)195

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CASO DE ACIDENTE (DIT - ACID) 203

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) 211

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIHDG)..... 217

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIHUTI) 224

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)230

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (CA-MRT) 239

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR NATALIDADE (CA-NA)243

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – RENDA MENSAL (DD-AFACIDT RM)..... 247

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – CAPITAL ÚNICO (DD-AFACIDT CAP)..... 254

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT) 260

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-ACIDT)..... 267

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA LER OU DORT (RITLD)..... 273

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (IFPDA) 282

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)..... 292

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)..... 296

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS (IP) 300

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garantir o pagamento de indenização e/ou reembolso ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido durante a Vigência do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais. O segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na Proposta de Contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

1.2. DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE SEGURO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR AS INDENIZAÇÕES DOS SINISTROS OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO, ESTIMADOS PELO RISCO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, NÃO HAVENDO, PORTANTO, A CONSTITUIÇÃO DE RESERVA MATEMÁTICA.

1.3. O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro coletivo de pessoas. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

Excluem-se deste conceito:

a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

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 acima.
e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

Apólice de Seguro: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou Terceiros Interessados é(são) obrigado(s) a fazer ao Segurador assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

Beneficiário: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) livremente pelo Segurado ou, na ausência de designação, os herdeiros legais definidos em legislação vigente à época do evento, que farão jus ao recebimento da indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Cancelamento do Seguro: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência por algum dos motivos previstos nestas Condições Contratuais.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como indenização, na ocorrência do sinistro coberto, durante a vigência da Apólice, respeitando estas Condições Contratuais.

Carregamento: É o percentual que incide sobre o prêmio, definindo a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização da Seguradora.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do proponente e discrimina a(s) cobertura(s) contratada(s), bem como seus respectivos valores de Capital Segurado Individual, e suas alterações ao longo da vigência do Contrato.

Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, e discriminados no Certificado Individual, e que geram direito à indenização quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, bem como as características gerais do Seguro.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.

Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo seu respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

Contrato do Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Estipulante e/ou Segurado), a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber: a Proposta e a Apólice. Na Proposta, o proponente ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, a qual formaliza a contratação do seguro.

Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente habilitada e autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro, sendo remunerada mediante o pagamento de comissões estabelecidas para o produto ou contratação.

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

Doença ou Lesão Preexistente: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

Endosso: É o documento emitido pela CAPEMISA, por intermédio do qual são alterados dados e condições da Proposta de Contratação de comum acordo com o Segurado.

Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, sendo investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

Encampação de Apólice: É a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Contratuais, desde que contratadas na Apólice.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade de pessoas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúnem as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, os que se vincularem por parentesco civil ou por afinidade, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de Apólices: É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Natimorto: É o feto que morreu dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.

Nota Técnica Atuarial: É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), fará(ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, observado o período de carência e franquia.

Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Contratuais e pela Nota Técnica Atuarial que definem as características deste Seguro, comercializado pela Seguradora. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, para autorização de comercialização.

Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual do Segurado, ou do aumento do Capital Segurado Individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado Individual contratado, como indenização.

Prazo de Tolerância: É o período contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus à cobertura contratada.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

Proponente: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) interessada(s) em contratar a cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar a(s) cobertura(s) do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais. Constituirão parte integrante da Proposta de Contratação, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

Proposta de Adesão Individual: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais. Constituirão parte integrante da Proposta de Adesão Individual, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância segurada após a ocorrência do sinistro e o pagamento do Capital Segurado Individual pelo evento coberto.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

Risco: É o evento futuro ou incerto, de natureza súbita e imprevista, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano de Seguro.

Segurado: Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

a) Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante;
b) Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

Seguradora: É a Empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a operar no país, que assume os riscos inerentes as coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Contratuais é a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S/A.

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio, a indenizar outra (Segurado e/ou Estipulante) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

Subestipulante: É a pessoa física ou jurídica que possui vínculo com o subgrupo. É designada pelo Estipulante e aceita pela Seguradora, sendo investida de poderes de representação dos Segurados de cada subgrupo, perante a Seguradora.

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

Traslado de Corpo: Ato de transportar um corpo de um lugar para outro (Local do sepultamento ou cremação).

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nestas Condições Contratuais. O segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na proposta de contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

3.1.1 A seguradora cobrirá apenas os riscos previstos nas coberturas contratadas informadas na Proposta de Contratação devidamente expressa na(s) Apólice(s), Certificado(s) e seus respectivos aditivos.

3.2 As coberturas deste Seguro, a seguir descritas, dividem-se em Básicas, Adicionais e Suplementares.

3.2.1 As Coberturas Básicas oferecidas por este Seguro são:

- Morte (MRT);
- Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);
- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez permanente Total por Acidente (IPTA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Doenças Graves (DG);
- Doenças Graves Ampliadas (DGA);
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- Auxílio Funeral (AUXF);
- Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (AUXF – EP);
- Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUXF – MA);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (RDF – EP);
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental (RDF – MA);
- Assistência Funeral (GASSF);
- Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (GASSF – EP);
- Assistência Funeral por Morte Acidental (GASSF – MA);
- Traslado de Corpo (TC);
- Traslado de Corpo por Morte Acidental (TC-MA);
- Despesas Diversas por Morte (DD-MRT);
- Despesas Diversas em caso de Invalidez Acidental (DD-IPA);

- Despesas Diversas em caso de Acidente (DD- ACID);
- Despesas Diversas por natalidade (DD- NA);
- Doenças Congênitas (DECONG);
- Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF);
- Diária por Incapacidade Temporária (DIT);
- Diária por Incapacidade Temporária, em caso de acidente (DIT-ACID);
- Diária de Internação Hospitalar (DIH);
- Diária de Internação Hospitalar em caso de Doenças Graves (DIH-DG);
- Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI);
- Renda por Incapacidade Temporária em caso de doença ou acidente (RIT);
- Assistência Cesta Alimentação por morte (CA-MRT);
- Assistência Cesta Alimentação Natalidade (CA-NA);
- Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho – Renda Mensal (DD-AFACIDT RM);
- Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho - Capital Único (DD-AFACIDT CAP);
- Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho (ASS-AFACIDT);
- Despesa Diversa por Acidente de Trabalho – (DD – ACIDT);
- Renda por Incapacidade Temporária LER ou DORT – (RITLD);

3.2.2 A Cobertura Adicional oferecida por este Seguro é:

- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA)

3.2.3 As Coberturas Suplementares oferecidas por este Seguro são:

- Inclusão de Cônjuge (IC) - de forma automática e facultativa.
- Inclusão de Filho (IF) – de forma automática e facultativa.
- Inclusão de Pais (IP) - de forma automática e facultativa.

3.3 As coberturas de Auxílio Funeral, Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

3.4 As coberturas de Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia, Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia não podem ser contratadas em conjunto.

3.5 As coberturas de Auxílio Funeral por Morte Acidental, Assistência Funeral por Morte Acidental e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.6 As coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte não podem ser contratadas em conjunto.

3.7 As coberturas de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliadas não podem ser contratadas em conjunto.

3.8 As coberturas de Doenças Graves e Diagnóstico de Câncer Feminino não podem ser contratadas em conjunto.

3.9 A contratação de qualquer Cobertura Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação de pelo menos uma Cobertura Básica.

3.10 A contratação da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA) fica condicionada à contratação da Cobertura Básica de Morte.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
b) o suicídio, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do Segurado;
c) danos morais;
d) para pessoas com deficiência (PCD):
· Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
· Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
· Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.

e) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

f) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanação de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;

g) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;

h) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;

i) doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;

j) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;

k) nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

l) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo.

m)tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

n) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar 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, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Contratuais.

o) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;

p) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;

q) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

r) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;

s) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

t) perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente.

u) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);
v) atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada
w) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
x) sequestro ou tentativa de sequestro;
y) condução de veículo sem a devida habilitação (CNH) para a respectiva categoria.

4.2 Além dos Riscos Excluídos listados acima, haverá Riscos Excluídos específicos listados nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

4.3 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.4 Quando os eventos abaixo forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal, a Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização da cobertura de Morte:

a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
b) o parto ou aborto e suas consequências;
c) o choque anafilático e suas consequências.

4.5 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, não se aplica para as coberturas de:

a) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);
b) Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (AUXF- EP);
c) Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (GASSF – EP);
d) Reembolso de Despesa com Funeral, por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (RDF – EP);
e) Inclusão de Cônjuge e Filho - Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

4.6 O risco excluído referente doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER, não se aplica para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT (RITLD).

5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1. É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual do Segurado, ou do aumento do Capital Segurado Individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do Capital Segurado Individual contratado, como indenização, conforme definido nas Condições Contratuais.

6.2. Haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

6.3. O(s) prazo(s) de carência, quando previsto(s) pelo Seguro, constará(ão) na Proposta de Contratação.

6.4. Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para todos os Segurados de uma mesma Apólice.

6.5. Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.6. No caso de transferência de grupo segurado de outra seguradora para a Capemisa, não será considerada carência para Segurados que já cumpriram carência durante a vigência da apólice transferida da(s) seguradora(s) anterior(es). Para os segurados que já cumpriram parte da carência, será mantida a contagem de prazo oriunda da(s) seguradora(s) anterior(es).

6.7. Caso sejam incluídos novos Segurados na apólice a ser renovada ou na transferência de grupo segurado, estes estarão sujeitas ao cumprimento do período de carência, a contar a partir do início de vigência da cobertura individual do segurado.

6.8. O período de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência.

6.9. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa.

6.10. O Período de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência, sendo aplicado o prazo de carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado.

6.11. Tendo em vista o regime financeiro de repartição simples do presente Seguro, conforme definido no item *Objetivo do Seguro*, não se aplica a devolução ou resgate de prêmios pagos, inclusive em caso de ocorrência do sinistro durante o Período de Carência.

6.12. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1. Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, aqueles que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante e/ou Subestipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta de Adesão Individual, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado na Proposta de Contratação. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta de Adesão Individual.

7.2. O vínculo de que trata o item anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão Individual.

7.3. Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

7.4. Nos Seguros não contributários, todos os integrantes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

7.5. Podem ser aceitos no Seguro, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará da Proposta de Contratação.

7.6. Fica estabelecido que a aceitação de aposentados e afastados poderá ser permitida de acordo com o definido na Proposta de Contratação.

7.7. As pessoas com deficiência (PCD) que fizerem parte do grupo segurado estarão aceitas em todas as coberturas contratadas, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “d” do item 4.1.

7.8. INCLUSÃO DE DEPEDENTES

7.8.1. Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge, filhos/enteados e Pais do Segurado Principal, desde que estes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cujo valor do Capital Segurado da Cobertura básica for maior.

7.8.2. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.

7.8.3. Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

7.8.4. O Capital Segurado Individual do Segurado Dependente, em quaisquer coberturas, não pode ser superior ao do Segurado Principal.

8. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

8.1. O Seguro de Pessoas será estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 8.2. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

8.1.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Contratuais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Subestipulantes.

8.2. Fica expressamente vedada a atuação das seguintes figuras como Estipulante de:

a) Empresas corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
b) Corretores de seguros;
c) Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

8.3. A vedação estabelecida no subitem 8.2 não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

8.4. Não é considerado Estipulante a pessoa jurídica que tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento dos respectivos Segurados e o consequente repasse em favor da Seguradora, sem ter subscrito a Proposta de Contratação.

8.5. É expressamente vedado ao Estipulante:

a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) Rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
c) Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;
d) Vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

9. ACEITAÇÃO

9.1 A celebração do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

9.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

9.3 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

9.4 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.5 No caso de não aceitação da Proposta, a Seguradora deverá enviar uma comunicação formal ao proponente, ou ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, com a devida justificativa da recusa.

9.6 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor futuro para pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa, o valor do adiantamento, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice definido no item *Atualização Monetária* destas Condições Gerais, entre o último índice publicado antes da data do adiantamento e o último publicado antes da data da sua efetiva devolução. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.7 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Estipulante a Apólice, em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.8 Aceita a Proposta de Adesão Individual, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Segurado o Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da Proposta. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.9 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por qualquer motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

9.9.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o disposto no item *Perda de Direito* destas Condições Gerais.

10. VIGÊNCIA

10.1 VIGÊNCIA DO SEGURO.

10.1.1 A vigência do seguro será de até 5 (cinco) anos, sendo definida na Proposta de Contratação.

10.1.2 As Apólices, os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

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

10.1.4 Nos Contratos de Seguro, cujas Propostas de Contratação, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta de Contratação.

10.1.5 Nos Contratos de Seguro cujas Propostas de Contratação, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor, pelo meio de pagamento definido na Proposta de Contratação, para futuro pagamento parcial

ou total do Prêmio, desde que aceito o risco, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta de Contratação.

10.2 RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.2.1 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10.2.2 As Apólices e os Certificados Individuais poderão ser renovados automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação. As renovações posteriores devem ser feitas de forma expressa.

10.2.3 A renovação que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada de forma expressa.

10.2.4 A renovação que implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

10.2.5 Caso a sociedade seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.3 O primeiro prêmio emitido corresponderá à cobertura do risco contratado a partir do início de vigência da Apólice, até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual).

10.3.1 Cada prêmio emitido seguinte terá seu início de vigência correspondente da cobertura do risco contratado no dia subsequente ao fim de vigência do prêmio anterior, que vigorará até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral semestral ou anual).

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

11.1.1 O valor do Capital Segurado Individual define para cada Segurado o valor máximo a ser pago de Indenização para cada cobertura, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, e estará expresso no Certificado Individual de cada Segurado.

11.1.2 Os valores dos Capitais Segurados individuais não necessariamente serão iguais a todos os Segurados da Apólice, podendo variar de acordo com as condições definidas na Proposta de Contratação.

11.1.3 Os valores dos Capitais Segurados expressos na Apólice representam os limites mínimos e máximos dos Capitais Segurados Individuais, não sendo em nenhuma hipótese correspondentes aos valores dos Capitais Segurados individuais, que devem ser consultados individualmente no Certificado Individual de cada Segurado.

11.2 Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará na Proposta de Contratação, tais como:

a) capital de livre escolha definido na tabela a constar da Proposta de Adesão Individual;
b) múltiplo salarial,
c) capital único ou fixo,
d) escalonado por idade,
e) escalonado por faixa salarial, ou
f) escalonado por categoria funcional.

11.3 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

11.4 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

11.5 A data do evento gerador de cada cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação de sinistro, está disposta na respectiva Condição Especial de cada cobertura deste Seguro.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 Fica estabelecido que qualquer pagamento de Indenização, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado.

12.2 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente definido na Proposta de Contratação, classifica-se em:

a) contributário: é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
b) não-contributário: é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
c) parcialmente contributário: é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributário.

12.3 O pagamento integral de cada prêmio deverá ser efetuado de acordo com o meio de pagamento selecionado para Proposta, sendo responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.4 Quando o meio de pagamento selecionado for boleto bancário, este será disponibilizado pela CAPEMISA, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

12.5 Quando o meio de pagamento selecionado for débito em conta, é responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária, bem como saldo suficiente em conta para a efetivação do referido débito.

12.6 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante manter os dados atualizados do cartão, bem como limite suficiente para garantir o correto pagamento da cobrança.

12.7 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido em parcela posterior ou em documento de cobrança específico para este fim.

12.8 Em caso de a cobrança complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado e/ou Estipulante na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta. O Segurado e/ou Estipulante deverá realizar autorização para débito em conta junto à Instituição Financeira indicada no ato da assinatura da Proposta.

12.8.1 No caso de a cobrança alternativa não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado e/ou Estipulante sujeito às ações de cobrança e estará apto ao cancelamento por parte da Seguradora de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais, ou no caso de inadimplência parcial, terá o Capital Segurado recalculado de acordo com o valor do prêmio recolhido.

12.9 Para o tipo de custeio contributário e parcialmente contributário:

12.9.1 É responsabilidade do Segurado garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.9.2 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

12.10 Quando o meio de pagamento selecionado for averbação em folha de pagamento, deverão ser observados os critérios elencados a seguir:

12.10.1 Caso o pagamento do prêmio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamento do Segurado, a ausência de repasse à CAPEMISA desses prêmios recolhidos pelo consignante que, não corresponda à figura de estipulante, não poderá causar prejuízo ao Segurado ou respectivos beneficiários, no que se refere à cobertura prevista nessas Condições Gerais e demais direitos oferecidos na Apólice.

12.11 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

12.12 O valor do Prêmio Individual do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Adesão Individual e Certificado Individual.

12.13 O valor do Prêmio Individual inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Individual Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta de Adesão Individual.

12.14 O valor do Prêmio Total do Seguro será calculado pelo somatório do Prêmio individual de todos os segurados da Apólice, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

12.15 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

12.16 O dia de vencimento para pagamento do prêmio será definida na Proposta de Contratação, sendo suscetível as definições das formas de pagamento disponíveis.

12.17 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

12.18 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro vigente até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

12.19 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento não quita os eventuais débitos de prêmio(s) anterior(es)em aberto.

12.20 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora, estritamente enquadrados nos subitens abaixo, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.20.1 No caso de recusa da Proposta de Contratação pela Seguradora, as devoluções dos valores de prêmios já pagos serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa.

12.20.2 No caso de cancelamento do Seguro, a devolução dos valores de prêmios já pagos relativos às competências posteriores à do cancelamento, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.20.3 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, a devolução de tais valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.20.4 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis, multa de 1% e juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

13.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC-M/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

13.1.1 Alternativamente ao disposto no item anterior, os Capitais Segurados e Prêmios poderão ser atualizados, no período de renovação da Apólice, conforme critério definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação.

13.2 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.3 Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado/Estipulante e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

13.3.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

13.3.2 Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado e/ou Estipulante não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios, cuja periodicidade tenha sido definida como mensal na Proposta de Contratação, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.2 Caso tenha sido definido na Proposta de Contratação outra periodicidade de pagamento do prêmio diferente da mensal, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse uma parcela vencida, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.3 Se o prêmio não for pago até a data estabelecida, conforme disposto no item *Pagamento do Prêmio*, o Segurado poderá pagar posteriormente o prêmio em atraso acrescido de juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse os prazos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2.

14.4 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado e/ou Estipulante é o índice definido no item *Atualização Monetária*.

14.5 Caso o Segurado e/ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior aos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14.6 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, a mesma será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

15. PERDA DE DIREITO

15.1 O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.

15.2 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco sem comunicar previamente a Seguradora.

15.3 Se o segurado, por si ou por seu representante, ou corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à cobertura, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

15.4 Considera-se doença preexistente toda e quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

15.4.1 É dever do segurado e/ou seu representante informar à Seguradora as doenças e/ou lesões preexistentes durante o processo de contratação do seguro.

15.4.2 Não haverá cobertura sobre qualquer doença preexistente que seja de conhecimento do Segurado e que não tenha sido comunicada na Proposta ou na Declaração Pessoal de Saúde, por ele e/ou seu representante.

15.5 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, de seu representante, corretor de Seguros ou do Estipulante, a sociedade seguradora deverá:

15.5.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

15.5.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

15.5.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

15.5.4 A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

I. cancelar o seguro;
II. restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
III. cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

15.5.5 O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado e/ou Estipulante nos prazos estipulados na Proposta de Contratação poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar o período estabelecido no item *Prazo de Tolerância.*

16.1.1 A notificação a que se refere o item anterior poderá ser feita por meio de carta, e-mail, SMS ou qualquer outro meio físico ou digital disponível ao cliente, resguardada a sua privacidade.

16.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

16.3 No caso em que o seguro for contributário, o Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução SOMENTE do prêmio pago referente ao período a decorrer que não tenha se iniciado até a data de solicitação do cancelamento, se houver.

16.3.1 É de exclusiva responsabilidade do Consignante interromper o desconto do prêmio em folha de pagamento relativo ao Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro, após o envio da informação do cancelamento pela Seguradora ao Consignante.

16.4 A(s) Cobertura(s) contratada(s) na Apólice cessará(ão) automaticamente para o Segurado:
a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais e Especiais de cada cobertura;
b) Com a morte do Segurado;
c) Com o fim do vínculo entre o Segurado Principal e o estipulante.

16.5 Não obstante, o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o fim da vigência correspondente ao último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item *Prazo de Tolerância*.

16.6 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.7 Constará nas condições especiais de cada cobertura se o recebimento de indenização de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1 A Seguradora adotará uma taxa média final para as Coberturas contratadas, considerando a idade e o Capital Segurado Individual de cada Segurado.

17.1.1 Caso os Capitais Segurados individuais ultrapassem o limite máximo definido na Apólice, será considerado no cálculo da taxa média final, os limites de capital definidos.

17.2 Na fixação de taxa média final, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

17.3 O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

17.4 Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

17.5 A Seguradora anualmente, por ocasião da renovação da apólice, deverá reavaliar as taxas do seguro, com base em critério técnico, visando manter o equilíbrio financeiro-atuarial do contrato de seguro.

17.6 Qualquer alteração das taxas de Seguro que implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

18. OBRIGAÇÃO

18.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
b) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
c) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
e) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
f) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade, bem como todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às coberturas do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
h) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
j) informar quando houver interesse na alteração de Capital Segurado;
k) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

18.1.1 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

18.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
b) rescindir o Contrato de Seguro sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

18.1.3 O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, poderá acarretar o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior ao definido no item *Prazo de Tolerância*, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

18.1.4 É imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente a relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

18.1.5 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

18.1.6 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio eletrônico, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

18.1.7 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, coberturas e Prêmios.

18.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas do Contrato de Seguro somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

18.1.9 Qualquer alteração no Contrato de Seguro em vigor deverá ser realizada por meio de aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

a) caso a alteração descrita no subitem anterior implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.2 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;
c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.
d) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

19. REGULAÇÃO DE SINISTRO

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada cobertura nas Condições Especiais do seguro.

19.1.1 O(s) sinistro(s) ocorrido(s) deverá(ão) ser informado(s) à CAPEMISA, imediatamente quando do seu conhecimento, podendo ser feito:
a) Por meio do portal do cliente, utilizando a função específica para aviso de sinistros, encontrado no site institucional da CAPEMISA;
b) Por escrito, por meio de carta para os endereços constantes do site institucional da CAPEMISA;
c) Por e-mail para o endereço eletrônico apoio.sinistros@capemisa.com.br ou;
d) Presencialmente, em uma de nossas Sucursais.

19.2 As Indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único ou parcelado, conforme definições das coberturas contratadas na Apólice.

19.3 Os pagamentos das indenizações relativos às Coberturas deste Seguro, quando devida, têm o prazo legal máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.

19.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 19.5, implicará sobre o valor da Indenização:

19.4.1 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item *Atualização Monetária*, 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.

19.4.2 Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

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

19.5 Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.6 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos, incluindo o período de risco da ocorrência do sinistro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança, salvo o definido no item *Prazo de Tolerância*.

19.7 Os prêmios eventualmente pagos para cobertura do período de risco posterior a ocorrência do sinistro, serão devolvidos e sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*.

19.8 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, esta será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

19.9 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

19.10 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

19.10.1 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.

19.11 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

19.11.1 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

19.12 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.13 No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

19.14 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) para as coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
b) para as coberturas de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea "a";

19.14.1 A data do evento gerador de cada cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação de sinistro, está disposta na respectiva Condição Especial de cada cobertura deste Seguro.

19.15 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do limite máximo de Capital Segurado Individual de cada cobertura expresso no Certificado Individual vigente na data do sinistro, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

19.16 Constará nas Condições Especiais de cada Cobertura se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.

19.17 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário e/ou seu Representante Legal:

19.17.1 Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou outro documento de identidade oficial com foto;

b) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

c) Cópia autenticada do Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos. Deve ser enviado também cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso ou de outro documento de identidade oficial com foto, CPF e comprovante de residência do tutor;

d) Cópia autenticada do Termo de Curatela, no caso de o Beneficiário encontrar-se incapaz para responder por seus atos civis. Deve ser enviada também cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso ou de outro documento de identidade oficial com foto, CPF e comprovante de residência do curador.

e) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

19.17.2 Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora, além dos documentos informados no subitem anterior:

a) Cópia Simples do Formulário de Declaração Única de Herdeiros devidamente preenchida e assinada por todos os herdeiros legais e por duas testemunhas, devendo as assinaturas destes serem reconhecida em cartório. As testemunhas devem encaminhar RG, CPF e Comprovante de Residência.

b) Cópia simples da Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s);

c) No caso de Companheiro(a), encaminhar a cópia simples da Declaração de Convivência Marital firmada em cartório ou Declaração de União Estável. Caso não houver, encaminhar o comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda anterior ao óbito do Segurado ou pelo menos três documentos que comprovem a união estável;

20. BENEFICIÁRIOS

20.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

20.2 Nas coberturas em que o Beneficiário for o próprio Segurado, não haverá necessidade de designação, nem possibilidade de substituição.

20.3 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

20.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

21. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear as indenizações dos sinistros ocorridos no mesmo período, estimados pelo risco de ocorrência do evento coberto, não havendo, portanto, a constituição de reserva matemática.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

23. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

24. FORO

24.1 Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

25.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

25.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

25.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio segurado.

2.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as

regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.

b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

4.4 A Seguradora poderá, desde que estabelecido na Proposta de Contratação, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado Individual contratado para a Cobertura de Morte ao segurado em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. O segurado perderá o direito a tal antecipação se houver a contratação da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA).

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

7.2 Documentos do Segurado:

a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

c) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
d) Relatório Médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, se for o caso;
e) Cópia simples do(s) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o óbito, se for o caso.

7.3 Documentos do Segurado em caso de acidente:
a) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
b) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo em que o Segurado tenha sido o condutor;
c) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
d) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer decorrente de epidemia ou pandemia, declaradas por órgãos competentes, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

2.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Morte decorrente de Epidemia e Pandemia declaradas por órgão oficial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4.2 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para essa cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do falecimento do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de cobertura de Morte por Epidemia e Pandemia declaradas por órgãos competentes, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

8.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante.

9. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer exclusivamente por causas acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio segurado.

2.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

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

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte Acidental, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

8.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

8.2 Documentos do Segurado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
d) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
e) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
f) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver;
g) Cópia autenticada do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;

h) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i) Cópia autenticada da Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;

j) CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);

k) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

l) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1 O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

9.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada

individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (item *Comprovação de Sinistro*), caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, observando-se que incluem-se nesse conceito:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso se trate de Invalidez Parcial e/ou existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) No caso de Invalidez Permanente Parcial, o pagamento da Indenização não extingue esta Cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

c) No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras.

8.2. Documentos do Segurado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;

c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
d) Cópia Simples da declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
e) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela Seguradora;
f) Cópia simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito do IML;
g) Cópia simples de Exames e radiografias com laudos que comprovem o diagnóstico e a invalidez do Segurado;
h) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
i) Cópia simples do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
j) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;
k) Cópia Simples do CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho se for o caso;
l) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
m) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
n) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante.

8.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma recuperação completa.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da

alta médica definitiva, as perdas de membros ou órgãos deverão ser avaliadas para definição do valor final de indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL - DISCRIMINAÇÃO	**% sobre importância segurada**
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS - DISCRIMINAÇÃO	**% sobre importância segurada**
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	**% sobre importância segurada**
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um dos quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

9.2. No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda

total, do grau de diminuição permanente da capacidade física do Segurado. Na falta de indicação exata deste grau de diminuição permanente da capacidade física apresentada, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

9.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como Capital Segurado desta cobertura.

9.4. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

9.5. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma recuperação completa.

9.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na Proposta de Contratação ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

9.7. A constatação da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado e especializado no tipo da lesão e por resultados de exames que demonstrem a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

9.8. Para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, o Segurado deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.9. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.10. 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.

9.11. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização desse seguro.

9.12. A indenização desta Cobertura respeitará o percentual de lesão indicado na tabela, independentemente de o Segurado estar inteiramente inválido para as atividades laborais habituais, de poder ou não ser reabilitado em outra atividade ou, ainda, de estar (ou vir a ser) aposentado pelo INSS.

9.13. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.14. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

9.15. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3 As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência

do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.1.1 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11.2 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Capital Segurado não será reintegrado.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

1.2. No caso de perda parcial, com redução das funções do membro ou órgão lesado, não caberá pagamento de indenização.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

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

3.2 Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Invalidez Permanente Total por Acidente contratada.

3.3 Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado Individual desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura por Invalidez Permanente Total por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

7.2.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

7.2.2 No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

8.2. Documentos do Segurado:

a) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela Seguradora;

b) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;
e) Cópia simples de Exames e radiografias com laudos que comprovem o diagnóstico e a invalidez do Segurado;
f) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
g) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante
i) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
j) Cópia Simples da declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
k) Cópia simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito do IML;
l) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
m) Cópia simples do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
n) Cópia Simples do CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho se for o caso.

8.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma recuperação completa.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

9.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.6. 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.

9.7. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

9.8. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A perda da existência independente 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 nesta Condição Especial.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

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

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

3.2. 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.

3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

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

3.5. 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.

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

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

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

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

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10

	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	**Pontuação**
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02

Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 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 sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

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 indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional.

4.2. 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.

4.3. A seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente por Doença, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

c) Relatório médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);

d) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado.

f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação.

g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

9. REGULAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

9.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

9.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

9.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

9.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.8. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total decorrente de Doença profissional do Segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) – ensejando a sua aposentadoria por invalidez, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.1.1. Para todos os efeitos, considera-se invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

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

1.1.3. Para fins deste seguro, a atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.

1.1.4. Serão elegíveis à contratação desta cobertura os Proponentes que exerçam alguma atividade laborativa e que seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

1.1.5. Não serão considerados Segurados aqueles que não exerçam nenhuma atividade laborativa.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do

recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999 ou outra que venha a substitui-la.

3.2. A constatação da Invalidez Laborativa Permanente total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização.

3.3. A concessão desta cobertura está vinculada à aposentadoria por invalidez decorrente de doença profissional concedida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

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 indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura

e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Relatório médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou

insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);

d) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado.

f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação.

g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

h) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (cópia simples);

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.3. 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.

9.4. Para fins desta cobertura, além da comprovação médica, se fazem necessário a comprovação da aposentadoria do Segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data da inclusão do Segurado na Apólice.

9.5. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença.

9.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente 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.

9.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.8. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) por meio de reembolso, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS:

3.1. Estão expressamente cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas para tratamento do Segurado que tenha sofrido acidente decorrente de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a necessidade do tratamento médico do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito as lesões decorrentes de:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, desde que ocorrido após os dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do contratada;

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 sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, os itens abaixo:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente pessoal coberto;
c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado;
d) enfermagem de caráter particular;
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
f) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
g) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
h) tratamentos relacionados a doenças;
i) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
j) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

l) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

m) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

n) luxações recidivantes de qualquer articulação;

o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia e protusões discais degenerativas;q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

s) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

t) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente.

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo caso o segurado tenha sido o condutor;
d) Cópia Simples da declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
e) Cópia simples do CAT – Comunicação do Acidente de Trabalho, se for o caso;

f) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
g) Cópia simples do Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
h) Cópia simples da Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
i) Cópia simples do Receita Médica; quando houver a compra de medicamentos;
j) Nota(s) Fiscal(is) , correspondente(s) aos gastos relativos a medicamentos, contendo a discriminação dos gastos (original);
k) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
l) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
m) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante;

8.2 O segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto dos segurados, devidamente comprovado) o seu direito ao reembolso.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta cobertura em cada uma delas.

9.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Cobertura Básica de Morte.

10.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de diagnóstico definitivo de uma das doenças graves, conforme estabelecido no item *Riscos Cobertos* destas Condições Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
b) Cirurgia Coronariana: diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
c) Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
d) Neoplasia (Câncer): doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

e) Transplante de Órgãos Vitais (TOV): transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor dos órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

f) Infarto agudo do Miocárdio (IAM): diagnóstico de morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) No caso de Acidente Vascular Cerebral:
- ataques isquêmicos transitórios e deficiência neurológicas isquêmicas;
- qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;
- Infartos lacunares sem déficit neurológico;

b) No caso de Cirurgia Coronariana:
- angioplastia;
- qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) No caso de Insuficiência Renal Crônica:
- insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

d) No caso de Neoplasia:
- melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outra lesões pré-neoplásicas;
- câncer de pele se não for melanoma maligno;
- carcinoma basocelular e espinocelular;
- Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- hiperplasia benigna da próstata;

e) No caso de Transplante de Órgãos Vitais:
- transplante de tecidos;
- qualquer autotransplante;
- demais órgãos ou células, excetos os transplantes cobertos previstos no item "e" de Riscos Cobertos da Condição Especial desta Cobertura.

f) No caso de Infarto agudo do Miocárdio:
- angina do peito incluindo angina estável e instável;
- angina decúbito;
- infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;
- outras síndromes coronarianas agudas;

g) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);
h) Quaisquer tipos de acidentes;
i) Cirrose Alcoólica;
j) Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da Cobertura de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta de Adesão Individuale de conhecimento do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia Simples do laudo, datado e assinado, emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada;
d) Cópia Simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico, nas condições previstas no item anterior;
e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;

f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

h) Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;

i) Cirurgia Coronariana: laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca comprovada por exames apropriados;

j) Insuficiência Renal Crônica: laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;

k) Neoplasia: laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno de forma conclusiva através de exames citológicos e histológicos apropriados;

l) Transplante de Órgãos Vitais: laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação da função do órgão afetado em função da falência do mesmo, acompanhado de exames complementares apropriados, e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

m) Infarto Agudo do Miocárdio: laudo médico, firmado por médico cardiologista, cópia dos exames de enzimas cardíacas, laudo de cateterismos cardíaco e eletrocardiogramas recentes;

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a Doença Grave coberta.

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS (DGA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de diagnóstico definitivo de uma das doenças graves, conforme estabelecido no item *Riscos Cobertos* destas Condições Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
b) Cirurgia Coronariana: diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
c) Infarto agudo do Miocárdio: diagnóstico de morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida;
d) Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
e) Neoplasia (Câncer): doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico

deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin;

f) Transplante de Órgãos Vitais (TOV): transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor dos órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado;

g) Doença de Parkinson Grave: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários);

h) Insuficiência Hepática Crônica: Diagnóstico inequívoco de doença hepática crônica irreversível ou cirrose hepática avançada;

i) Lúpus Eritematoso Sistêmico: doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizada por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório;

j) Doença de Alzheimer: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado;

k) Esclerose múltipla: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas;

l) Embolia Pulmonar: É bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos::

a) No caso de Acidente Vascular Cerebral:

- ataques isquêmicos transitórios e deficiência neurológicas isquêmicas;
- qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;

- Infartos lacunares sem déficit neurológico;

b) No caso de Cirurgia Coronariana:
- angioplastia;
- qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) No caso de Infarto agudo do Miocárdio:
- angina do peito incluindo angina estável e instável;
- angina decúbito;
- infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;
- outras síndromes coronarianas agudas;

d) No caso de Insuficiência Renal Crônica:
- insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

e) No caso de Neoplasia:
- melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outra lesões pré-neoplásicas;
- câncer de pele se não for melanoma maligno;
- carcinoma basocelular e espinocelular;
- Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- hiperplasia benigna da próstata;

f) No caso de Transplante de Órgãos Vitais:
- transplante de tecidos;
- qualquer autotransplante;
- demais órgãos ou células, excetos os transplantes cobertos previstos no item "e" de Riscos Cobertos da Condição Especial desta Cobertura.

g) no caso de Doença de Parkinson:
- se for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à Cobertura;

- os quadros de Síndrome de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado;
- Tremor essencial.

h) no caso de Lúpus Eritematoso Sistêmico:
- Outras doenças autoimunes;
- Outros tipos de Lúpus.

i) no caso de no caso Doença de Alzheimer:
- eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência;

j) no caso Doença de Esclerose Múltipla:
- doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

k) no caso Embolia Pulmonar:
- eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

l) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);
m) Quaisquer tipos de acidentes;
n) Cirrose Alcoólica;
o) Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta de Adesão Individuale de conhecimento do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as

regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves Ampliadas conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia Simples do laudo, datado e assinado, emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada;

d) Cópia Simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico, nas condições previstas no item anterior;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;

f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

g) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

h) Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;

i) Cirurgia Coronariana: laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca comprovada por exames apropriados;

j) Insuficiência Renal Crônica: laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;

k) Neoplasia: laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno de forma conclusiva através de exames citológicos e histológicos apropriados;

l) Transplante de Órgãos Vitais: laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação da função do órgão afetado em função da falência do mesmo, acompanhado de exames complementares apropriados, e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

m) Insuficiência Hepática Crônica: laudo médico, firmado por médico de especialidade em hepatologia, diagnosticando a Insuficiência Hepática Grave Crônica irreversível, inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados;

n) Lúpus Eritematoso Sistêmico: laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Lúpus Eritematoso Sistêmico, acompanhado de exames complementares apropriados.

o) Doença de Parkinson Grave: laudo médico, firmado por médico de especialidade em neurologia, diagnosticando Mal de Parkinson em estado grave crônico, acompanhado de exames complementares apropriados;

p) Infarto Agudo do Miocárdio: laudo médico, firmado por médico cardiologista, cópia dos exames de enzimas cardíacas, laudo de cateterismos cardíaco e eletrocardiogramas recentes;

q) Doença de Alzheimer: laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de Curatela. Exame de imagem apropriando de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer, deve atender a todos os seguintes critérios;

r) Esclerose Múltipla: laudo do neurologista e comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas. A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética;

s) Embolia pulmonar: laudo médico e exames complementares que comprovem a Embolia pulmonar ou a redução permanente e moderada da função respiratória.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a Doença Grave coberta.

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de desemprego do segurado por rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa, por prazo superior ao descrito no item de Franquia destas Condições Especiais e durante a Vigência do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias, comprovando ainda o devido registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

1.3. Só poderá contratar este seguro o proponente pessoa física com contrato de trabalho vigente registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, que não tenha tido sua demissão anunciada e/ou que não esteja cumprindo aviso prévio na data da contratação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) Aposentadorias;

b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;

c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício por solicitação própria ou rescisões negociadas entre o empregado e empregador, quaisquer que sejam suas causas;

d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou cargo público em comissão;

e) Vínculo ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado, estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais;

f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;

g) Campanhas de demissão em massa. Para fins desta Cobertura considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

h) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;

i) Militares que sejam exonerados de suas funções;

j) Adesão, pelo Segurado, a programas de demissão voluntária de seu empregador ou aposentadoria por tempo de serviço (facultativa ou compulsória) do Segurado;

k) Perda de emprego resultante de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador do Segurado;

l) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;

m) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do Segurado no mesmo período.

3.2. Fica estabelecido que os profissionais liberais estão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

5. CARÊNCIA

5.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de, no mínimo, 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual. Assim, não terá direito à indenização caso o evento coberto ocorra durante o prazo de carência.

6. FRANQUIA

6.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

6.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 30 (trinta) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Perdas de Rendas, a partir do trigésimo primeiro dia do desligamento da atividade profissional/laborativa do Segurado.

6.3. O valor da indenização para esta cobertura será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

b) Desde que efetivamente comprovada a Perda de Renda conforme previsto nas condições contratuais, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), conforme o caso, deverão apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;

d) Termo de Rescisão Contratual devidamente homologada pelo TRT ou pelo sindicato e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (cópia simples);

e) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

f)Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. É necessário ainda, para se ter direito a esta Cobertura, a ocorrência de:

a) rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa;

b) o preenchimento da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);

c) o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

9.2. A prova do desemprego será o comprovante de recebimento do Seguro Desemprego atualizado ou espelho atualizado do Extrato do FGTS, dentro do mês do benefício e ao final de cada mês de desemprego.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, a fim de custear as despesas com o funeral do Segurado, cujo óbito tenha ocorrido por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Auxílio Funeral conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de

endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

f) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

g) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (AUXF-EP)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, a fim de custear as despesas com o funeral do Segurado, cujo óbito tenha ocorrido em decorrência de Epidemia e Pandemia durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3.2. O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para essa cobertura.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data de falecimento do Segurado por epidemia e pandemia.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Auxílio Funeral - Epidemia e Pandemia conforme definido nessas condições contratuais.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;
f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.3. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia, assistência funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia e auxílio funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL MORTE ACIDENTAL (AUXF-MA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, a fim de custear as despesas com o funeral do Segurado, caso o Segurado venha a falecer exclusivamente por causas acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou as sequelas de sua tentativa, desde que não ocorra nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência individual;

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 sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
e) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
f) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. É garantida a livre escolha dos prestadores de serviço funerário.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;

b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.

b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço.

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;
g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

7.2. O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

8.3. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (RDF - EP)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de morte decorrente de epidemia e pandemia do segurado, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;

b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data de falecimento do Segurado decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço.Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;
f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

7.2. O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia, assistência funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia e auxílio funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

8.3. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL MORTE ACIDENTAL (RDF - MA)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer exclusivamente por causas acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 É garantida a livre escolha dos prestadores de serviço funerário.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou as sequelas de sua tentativa, desde que não ocorra nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência individual;

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 sequestros e tentativas de sequestros;

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

f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:
a) aquisição de jazigo;
b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço;

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

8.2 O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

9.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte do Segurado ou segurado dependente coberto, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o funeral será realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o(s) beneficiário(s) optarem pelo reembolso, é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte do Segurado Principal.
b) Familiar I: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal.

c) Familiar II: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.

d) Familiar III: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

e) Familiar IV: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

f) Familiar V: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.

g) Familiar VI: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Sogros do Segurado Principal.

1.4.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.4.2 Serão considerados filhos, todos os filhos, naturais ou adotados, e enteados menores de 21 anos, dependentes do Segurado Principal. A cobertura poderá ser estendida ao filho com até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.4.3 Apenas serão considerados pais, os pais biológicos ou adotivos do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

1.4.4 Apenas serão considerados como sogros, os pais biológicos ou adotivos do cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade

completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o funeral, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s) , que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 Na hipótese da opção pelo serviço funeral, a ser realizado por meio da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá qualquer pagamento aos beneficiários.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;
b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado ou Segurado Dependente.
b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado ou Segurado Dependente.

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

6.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral, em caso de de morte do Segurado Dependente.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

7.1.1 Em caso de morte do segurado principal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso

de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço.

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

7.1.2 Em caso de morte do cônjuge/companheiro(a):

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Certidão de Casamento atualizada pós óbito ou União Estável firmada anteriormente ao óbito, caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);

Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.1.3 Em caso de morte do filho:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de Nascimento;

7.1.4 Em caso de morte do enteado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;
d) Certidão de Casamento ou União Estável atualizada. Caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);
Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.1.5 Em caso de morte do(s) pai(s):
a) Todos os itens descritos no item 7.1.1
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do falecido;

7.1.6 Em caso de morte do(s) sogro(s):
a) Todos os itens descritos no item 7.1.1
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do falecido;
c) Certidão de Casamento do segurado principal, atualizada pós óbito do sogro (a) ou ou Declaração de União Estável anterior ao óbito do sogra(a). No caso de companheiro(a), deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento. (cópia autenticada e atualizada);

7.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:
- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

7.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

7.2.2 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação, em função do Capital Segurado Individual contratado para essa cobertura.

7.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

8.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou

Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (GASSF - EP)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte decorrente de Epidemia e Pandemia do Segurado ou segurado dependente coberto, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o funeral será realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o(s) beneficiário(s) optarem pelo reembolso, é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte do Segurado Principal.
b) Familiar: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

1.4.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.4.2 Serão considerados filhos, todos os filhos, naturais ou adotados, e enteados menores de 21 anos, dependentes do Segurado Principal. A cobertura poderá ser estendida ao filho com até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o funeral, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s) , que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 Na hipótese da opção pelo serviço funeral, a ser realizado por meio da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá qualquer pagamento aos beneficiários.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;
b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do falecimento decorrente de Epidemia e Pandemia do Segurado ou Segurado Dependente.

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funenal por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

6.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia, em caso de de morte do Segurado Dependente.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso, o mesmo deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

7.1.1 Em caso de morte do segurado principal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá ser

encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço.

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

7.1.2 Em caso de morte do cônjuge/companheiro(a):

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Certidão de Casamento atualizada pós óbito ou União Estável firmada anteriormente ao óbito, caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);

Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.1.3 Em caso de morte do filho:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de Nascimento;

7.1.4 Em caso de morte do enteado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;
d) Certidão de Casamento ou União Estável atualizada. Caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);
Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:
Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:
- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

7.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

7.2.2 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação, em função do Capital Segurado Individual contratado para essa cobertura.

7.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia, assistência funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia e auxílio funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

8.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL MORTE ACIDENTAL (GASSF-MA)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte exclusivamente por causas acidentais do Segurado ou segurado dependente coberto, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o funeral será realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o(s) beneficiário(s) optarem pelo reembolso, é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte do Segurado Principal.
b) Familiar I: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal.

c) Familiar II: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.

d) Familiar III: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

e) Familiar IV: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

f) Familiar V: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.

g) Familiar VI: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Sogros do Segurado Principal.

1.4.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.4.2 Serão considerados filhos, todos os filhos, naturais ou adotados, e enteados menores de 21 anos, dependentes do Segurado Principal. A cobertura poderá ser estendida ao filho com até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.4.3 Apenas serão considerados pais, os pais biológicos ou adotivos do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

1.4.4 Apenas serão considerados como sogros, os pais biológicos ou adotivos do cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade

completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o funeral, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s) , que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 Na hipótese da opção pelo serviço funeral, a ser realizado por meio da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá qualquer pagamento aos beneficiários.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou as sequelas de sua tentativa, desde que não ocorra nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência individual;

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 sequestros e tentativas de sequestros;

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

f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

g) choque elétrico e raio;

h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;

b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

7.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental, em caso de de morte do Segurado Dependente.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

8.1.1 Em caso de morte do segurado principal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
e) Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original), constando o nome do segurado e do custeador, bem como a discriminação dos serviços prestados e seus valores individualizados por serviço.
f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

8.1.2 Em caso de morte do cônjuge/companheiro(a):

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Certidão de Casamento atualizada pós óbito ou União Estável firmada anteriormente ao óbito, caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);
Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

8.1.3 Em caso de morte do filho:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de Nascimento;

8.1.4 Em caso de morte do enteado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;

d) Certidão de Casamento ou União Estável atualizada. Caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);

Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

8.1.5 Em caso de morte do(s) pai(s):

a) Todos os itens descritos no item 8.1.1

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do falecido;

8.1.6 Em caso de morte do(s) sogro(s):

a) Todos os itens descritos no item 8.1.1

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do falecido;

c) Certidão de Casamento do segurado principal, atualizada pós óbito do sogro (a) ou ou Declaração de União Estável anterior ao óbito do sogra(a). No caso de companheiro(a), deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento. (cópia autenticada e atualizada);

8.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;

- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

8.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

8.2.2 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação, em função do Capital Segurado Individual contratado para essa cobertura.

8.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

9.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE TRASLADO DE CORPO (TC)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante realização dos serviços do traslado de corpo do Segurado, ou do Segurado Dependente, ou o reembolso das despesas dos(s) Beneficiário(s) com o referido traslado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte do Segurado, ou do Segurado, Dependente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o traslado do corpo poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o segurado ou beneficiário(s) optar(em) pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço de traslado.

1.4 O destino do Traslado de Corpo deve ser exclusivamente no Território Brasileiro.

1.5 O segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de Translado de Corpo em caso de morte do Segurado Principal.

b) Familiar I: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de Translado de Corpo em caso de morte do:
- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

1.5.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.6 Serão considerados filhos, os menores de 21 anos dependentes do Segurado Principal, e que provarem por meio de documento oficial sua filiação enquadrando-se neste conceito os enteados. A cobertura poderá ser estendida ao filho ou enteado com até 24 anos desde que solteiros e dependente dos pais, e se estiverem cursando ensino superior em estabelecimento de ensino reconhecido pelo Ministério da Educação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o traslado de corpo, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s) que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 No caso do traslado de corpo ser realizado através da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá indicação de beneficiário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:
a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado ou Segurado Dependente.
b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado ou Segurado Dependente.

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Traslado de Corpo, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

6.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Traslado de Corpo, em caso de morte do Segurado Dependente.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso, o mesmo deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

7.1.1 Em caso de morte do segurado principal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Nota(s) Fiscal(is) , correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original);
e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;

f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
h) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

7.1.2 Em caso de morte do cônjuge/companheiro(a):

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Certidão de Casamento atualizada pós óbito ou União Estável firmada anteriormente ao óbito, caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);
Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.1.3 Em caso de morte do filho:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;

7.1.4 Em caso de morte do enteado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;
d) Certidão de Casamento ou União Estável atualizada. Caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);
Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

7.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:
Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

7.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

7.2.2 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação em função do Capital Segurado Individual contratado para essa cobertura.

7.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o Traslado de Corpo, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE TRANSLADO DE CORPO POR MORTE ACIDENTAL (TC-MA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante realização dos serviços do traslado de corpo do Segurado, ou do Segurado Dependente, ou o reembolso das despesas dos(s) Beneficiário(s) com o referido traslado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte do Segurado, ou do Segurado Dependente, exclusivamente por causas acidentais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o traslado do corpo poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3. Na hipótese de o segurado ou beneficiário(s) optar(em) pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço de traslado.

1.4. O destino do Traslado de Corpo deve ser exclusivamente no território brasileiro.

1.5. O segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de Translado de Corpo em caso de morte do Segurado Principal.

b) Familiar I: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de Translado de Corpo em caso de morte do:

i. Segurado Principal; e/ou
ii. Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
iii. Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

1.6. Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.7. Serão considerados filhos, os menores de 21 anos dependentes do Segurado Principal, e que provarem por meio de documento oficial sua filiação enquadrando-se neste conceito os enteados. A cobertura poderá ser estendida ao filho ou enteado com até 24 anos desde que solteiros e dependente dos pais, e se estiverem cursando ensino superior em estabelecimento de ensino reconhecido pelo Ministério da Educação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o translado de corpo, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s) que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1. Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2. No caso do traslado de corpo ser realizado através da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá indicação de beneficiário.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou as sequelas de sua tentativa, desde que não ocorra nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência individual;
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 sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Traslado de Corpo por Morte Acidental, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

7.2. Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Traslado de Corpo por Morte Acidental, em caso de morte do Segurado Dependente.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso, o mesmo deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

8.1.1. Em caso de morte do segurado principal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
d) Nota(s) Fiscal(is) , correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original);
e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;
f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do custeador;
g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao custeador. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
h) Cópia simples dos dados bancários do custeador com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

i) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

8.1.2. Em caso de morte do cônjuge/companheiro(a):

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Certidão de Casamento ou União Estável atualizada. Caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples);

i. Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

d) Em caso de morte do filho:

e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

f) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

8.1.3 Em caso de morte do filho:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;

8.1.4 Em caso de morte do enteado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia Simples da Certidão de nascimento;

d) Certidão de Casamento atualizada pós óbito ou União Estável firmada anteriormente ao óbito, caso não possua, apresentar no mínimo 03 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprove a união (cópia simples):
i.Justificação judicial / Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda / Certidão de nascimento de filho em comum / Comprovação de residência em comum / Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto / Comprovação de conta bancária conjunta / Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) / Qualquer outro elemento que, a critério da CAPEMISA administração, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato..

8.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

8.1.1 Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:
- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

8.1.2 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

8.1.3 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação em função do Capital Segurado Individual contratado para essa cobertura.

8.1.4 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o Traslado de Corpo, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS (DD-MRT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, a fim de custear as despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Proposta de Contratação, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.
4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:
a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:
a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

7.1.1. Documentos do Segurado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Relatório Médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, se for o caso;

d) Cópia simples do(s) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o óbito, se for o caso.

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

f)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

g) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

7.1.2. Documentos do Segurado em caso de acidente:

a) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;

b) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo em que o Segurado tenha sido o condutor;

c) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

d) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver.

e) CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);

f) Cópia autenticada do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2. As indenizações de Despesas Diversas por Morte Acidental e Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Despesas Diversas por Morte Acidental, se contratada esta cobertura.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERDAS POR MORTE ACIDENTAL (DD-MA)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas em consequência exclusivamente de morte por acidente pessoal coberto pelo Seguro durante a Vigência da Cobertura contratada, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

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

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Morte Acidental, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

8.2. Documentos do Segurado:

a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
b) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
d) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
e) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
f) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver;
g) Cópia autenticada do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;

h) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
i)Cópia autenticada da Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
j)CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);
k) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
l)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3. As indenizações por Despesas Diversas por Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Diversas por Morte Acidental não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Despesas Diversas por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (DD-IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (item *Comprovação de Sinistro*), caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que incluem-se nesse conceito:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, desde que ocorrido após os dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do contratada;

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 sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso se trate de Invalidez Parcial e/ou existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);
b) No caso de Invalidez Permanente Parcial, o pagamento da Indenização não extingue esta Cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.
c) No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;

d) Cópia Simples da declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

e) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

f) Cópia simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito do IML;

g) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela Seguradora;

h) Cópia simples de Exames e radiografias com laudos que comprovem o diagnóstico e a invalidez do Segurado;

i)Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

j)Cópia simples do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;

k) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;

l)Cópia Simples do CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho se for o caso;

m) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

n) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;

o) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

8.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura

será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2. As indenizações de Despesas Diversas por Morte Acidental e Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Despesas Diversas por Morte Acidental, se contratada esta cobertura.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. No caso de Despesas Diversas por Invalidez Permanente Parcial por acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

10.3. No caso de Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por acidente, o Capital Segurado não será reintegrado.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DD-ACID)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Proposta de Contratação, em consequência exclusivamente de acidente pessoal coberto pelo Seguro durante a Vigência da Cobertura contratada, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, desde que ocorrido após os dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do contratada;
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 sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

g) choque elétrico e raio;

h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

k) queda n'água ou afogamento

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
d) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
e) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
f) Cópia autenticada do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
h) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver;
i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

j)Cópia autenticada da Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;

k) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

l)CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR NATALIDADE (DD-NA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, na ocorrência do nascimento de filhos(s) com vida, durante a Vigência da Cobertura contratada, a fim de custear Despesas Diversas com esse nascimento, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos cada nascimento de filho(s) vivos durante a Vigência da cobertura contratada, observando-se o prazo de carência estipulado no item *Carência*, dessas condições contratuais.

3.2. Caso os dois genitores do filho nascido vivo façam parte do mesmo grupo segurado da Apólice, a indenização decorrente do evento coberto, será paga a cada um dos respectivos genitores, limitada ao Capital Segurado Individual informado em cada Certificado Individual.

3.3. No caso de nascimento de mais de um filho vivo da mesma gestação, a indenização, limitada ao Capital Segurado Individual, será paga ao(s) Beneficiário(s) referente a cada nascimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do nascimento de filho(s) com vida.

6. CARÊNCIA

6.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Natalidade conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento do(s) Filho(s);
d) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
f) Cópia Simples do comprovante do vínculo empregatício com o Estipulante (cópia);

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Natalidade, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DECONG)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, no caso de nascimento de filho(s) com doença congênita, conforme definido no item Riscos Cobertos, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta cobertura entendem-se como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, conforme especificações do item *Comprovação do Sinistro*.

3.2. Estão expressamente cobertos cada nascimento de filho(s) vivo(s), diagnosticado(s) e comprovado(s) com a doença congênita, durante a Vigência da cobertura contratada, observando-se o prazo de carência estipulado no item Carência dessas condições especiais.

3.3. Caso os dois genitores do filho nascido vivo diagnosticado(s) e comprovado(s) com a doença congênita, façam parte do mesmo grupo segurado da Apólice, a indenização decorrente do evento coberto, será paga a cada um dos respectivos genitores, limitada ao Capital Segurado Individual informado em cada Certificado Individual.

3.4. No caso de nascimento de mais de um filho vivo da mesma gestação, diagnosticado(s) e comprovado(s) com a doença congênita, a indenização, limitada ao Capital Segurado Individual, será paga ao(s) Beneficiário(s) referente a cada nascimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) Filhos nascidos com doença congênita antes do cumprimento do prazo de carência;

b) Doenças que não obedeçam à descrição estabelecida no item Riscos Cobertos, desta Condição Especial.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do nascimento de filho(s) vivo(s) com doença congênita.

6. CARÊNCIA

6.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de 300 (trezentos) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.2. Para nascimentos de filho(s) prematuro(s), fica estipulado o prazo de carência de 150 (cento e cinquenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.3. Alternativamente, poderão ser definidos na Proposta de Contratação prazos de carência distintos dos estabelecidos nos itens 6.1 e 6.2, o que constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Doenças Congênitas conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:
a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento do(s) Filho(s), portador da doença congênita;
d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
e) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
f) Cópia Original do Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados;
g) Cópia Simples de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico;

h) Cópia Simples da declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas hígidas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portado;
i)Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O filho nascido vivo diagnosticado com doença congênita poderá ser submetido a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a Doença Congênita.

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Congênita, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Doença Congênita, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura exclusiva para o público feminino, garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna (mama, útero e ovário), durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta cobertura entendem-se como neoplasia maligna (câncer), a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos), diagnosticada por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, conforme especificações do item Comprovação do Sinistro.

3.2. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

3.3. As neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são: Mama, Útero e Ovário.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) melanoma não invasivo;
b) sarcoma de kaposi;
c) queratose actínica;
d) leucoplasia oral;
e) papilomatose oral florida;
f) doença de Bowen;
g) eritroplasia de Queyrat;
h) Corno cutâneo;
i)Queratoacantoma;
j)carcinoma basocelular e espinocelular;
k) carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases);
l)qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido;
m) hiperplasia benigna da próstata;
n) qualquer tipo de leucemia;
o) Qualquer tipo de câncer benigno;
p) Doenças que não obedeçam à descrição estabelecida no item Riscos Cobertos, desta Condição Especial.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Câncer Feminino conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital.*

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:
a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
d) Cópia Simples do Laudo médico com o diagnóstico da neoplasia maligna;
e) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem neoplasia maligna;
f) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
g) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a neoplasia maligna coberta (mama, útero e ovário).

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação da neoplasia maligna, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Câncer Feminino, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11.3. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo se disposto em contrário na Proposta de Contratação.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes pessoais ou doenças que tornem o segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico.

3.2. Para os casos de acidentes pessoais, estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência a incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, observando-se que se incluem nesse conceito:

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

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
c) hospitalização para “check-up”;
d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

f) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

- tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

h) Síndrome do pânico;

i)doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;

j)Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

l)As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

n) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

o) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

p) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

r) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumultaivos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que

venham a ser aceitas pela classe médico-cinetifica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

s) Envenenamento de caráter coletivo.

t) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

u) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;

v) Doença Miofascial;

w) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

x) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

y) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

z) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

aa) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

bb) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

cc) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada.

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias indenizáveis desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de diárias indenizáveis contratadas.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:
a) Em caso de doença: a data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico;
b) Em caso de acidente: data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de diárias contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 360 (trezentos e sessenta) dias.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2. As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam pra os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7.2. As incapacidades temporárias ocorridas durante o período de carência, quando aplicável, não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Diárias por Incapacidade Temporária, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência da incapacidade coberta, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital.*

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:
a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Declaração médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;

d) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa";

e) Cópia simples dos exames complementares realizados;

f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação, sendo conta de titularidade do beneficiário ou seu representante legal;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas

diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CASO DE ACIDENTE (DIT - ACID)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, por motivo oriundo exclusivamente de acidente pessoal coberto, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência a incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, observando-se que se incluem nesse conceito:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i)tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j)infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
b) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
c) hospitalização para “check-up”;
d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
- tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;

- epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

h) Síndrome do pânico;

i) Estresse;

j) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

n) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

o) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

p) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

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

r) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumultaivos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinetifica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

s) Envenenamento de caráter coletivo.

t) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada.

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias indenizáveis desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de diárias indenizáveis contratadas.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1 A quantidade máxima de diárias contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 360 (trezentos e sessenta) dias.

6.1.2 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2 As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

8. FRANQUIA

8.1 O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2 Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Diárias por Incapacidade Temporária, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3 O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprida a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Declaração médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
d) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa";
e) Cópia simples dos exames complementares realizados;
f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;
i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação, sendo conta de titularidade do beneficiário ou de seu representante legal;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Está coberta a internação do segurado, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de doença ou acidente pessoal coberto.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

a) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

c) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

d) Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cirurgia Coronariana, Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico, Neoplasia (Câncer) e Transplante de Órgãos Vitais;

e) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;

f) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;

h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

i)tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

j)tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

l)tentativa de suicídio, desde que ocorra nos 2 (dois) primeiros anos do inicío da vigência individual, ou atos ilícitos devidamente comprovados;

m)tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

n) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;

o) internação domiciliar;

p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;

q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

r) luxações redicivantes de qualquer articulação;

s) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada.

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período do efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas;

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.3. As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7.3. As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprido a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

10.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:
a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia Simples da declaração médica ou prontuário médico comprovando a internação hospitalar e informando o número de diárias de internação hospitalar utilizadas;
c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
d) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” ;
e) Cópia simples dos exames complementares realizados;

f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

i) Cópia simples dos dados bancários de titularidade do beneficiário ou seu representante legal, com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1 O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3 As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar, 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 afastamento.

11.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIHDG)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar decorrente de Doenças Graves do segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;

b) Cirurgia Coronariana: diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;

c) Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;

d) Neoplasia (Câncer): doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico

conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

e) Transplante de Órgãos Vitais (TOV): transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor dos órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

f) Infarto agudo do Miocárdio (IAM): diagnóstico de morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) No caso de Acidente Vascular Cerebral:

i. Ataques isquêmicos transitórios e deficiência neurológicas isquêmicas;
ii. Qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
iii. Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
iv. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;
v. Infartos lacunares sem déficit neurológico;

b) No caso de Cirurgia Coronariana:

i. Angioplastia;
ii. Qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) No caso de Insuficiência Renal Crônica:

i. Insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

d) No caso de Neoplasia:

i. Melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outra lesões pré-neoplásicas;
ii. Câncer de pele se não for melanoma maligno;
iii. Carcinoma basocelular e espinocelular;
iv. Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
v. Hiperplasia benigna da próstata.

e) No caso de Transplante de Órgãos Vitais:

i. Transplante de tecidos;
ii. Qualquer autotransplante;
iii. Demais órgãos ou células, excetos os transplantes cobertos previstos no item "e" de Riscos Cobertos da Condição Especial desta Cobertura.

f) No caso de Infarto agudo do Miocárdio:

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

g) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);

h) Quaisquer tipos de acidentes;

i)Cirrose Alcoólica;

j)Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da Cobertura de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta de Adesão Individual e de conhecimento do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora,

podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de internação hospitalar, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas para esta cobertura;

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2. As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Proposta de Adesão Individual, na Apólice e no Certificado Individual.

7.3. As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprido a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação decorrente de Doenças Graves, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples da declaração médica ou prontuário médico comprovando a internação hospitalar e informando o número de diárias de internação hospitalar utilizadas;

c) Cópia Simples do Laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada;

d) Cópia Simples dos Exames complementares realizados;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

h) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar por Doença Grave, 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 afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIHUTI)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Está coberta a internação do segurado, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de doença ou acidente pessoal coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

a) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

c) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

d) Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cirurgia Coronariana, Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico, Neoplasia (Câncer) e Transplante de Órgãos Vitais;
e) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;
f) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
i)tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
j)tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
l)tentativa de suicídio, desde que ocorra nos 2 (dois) primeiros anos do início da vigência individual, ou atos ilícitos devidamente comprovados;
m)tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
n) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
o) internação domiciliar;
p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;
q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
r) luxações redicivantes de qualquer articulação;
s) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

5.3 O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4 A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de internação hospitalar em UTI, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas;

5.5 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar em UTI.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2 As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1 Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7.3 As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1 O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar de UTI por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2 Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar em UTI.

8.3 O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprida a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar - UTI, conforme definido nessas condições contratuais:

b) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

c) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

10.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples da declaração médica ou prontuário médico comprovando a internação hospitalar e informando o número de diárias de internação hospitalar utilizadas.

c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;

d) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa”;

e) Cópia simples dos exames complementares realizados;

f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1 O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3 As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar em UTI, 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 afastamento.

11.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar em UTI, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes pessoais ou doenças que tornem o segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico.

3.1.1. Para os casos de acidentes pessoais, estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência a incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, observando-se que se incluem nesse conceito:

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

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
g) choque elétrico e raio;
h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:
a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
c) Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
d) Doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
e) Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
f) Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

i) Doença Miofascial;

j) Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

k) Tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

l)Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

m) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

n) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

o) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

q) Tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

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

s) hospitalização para “check-up”;

t) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

u) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

i. Tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
ii. Epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
iii. Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

iv. Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes.

v) Síndrome do pânico;

w) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

x) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

y) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

z) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

aa) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

bb) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumultaivos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinetifica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

cc) Envenenamento de caráter coletivo.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada;

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;
b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, até a alta médica, limitada pelo período contratado.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:
a) **Em caso de doença:** A data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico;
b) **Em caso de acidente:** A data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE RENDAS

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitado ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

7. CARÊNCIA

7.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência da incapacidade coberta, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples do prontuário médico comprovando a incapacidade temporária;

c) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;

d) Cópia simples dos exames complementares realizados;

e) Documento comprobatório da invalidez, expedido pelo órgão oficial da previdência, se for o caso;

f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

h) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo em que o Segurado tenha sido o condutor;

i)Cópia simples da Proposta de Adesão Individual ou o documento que comprove o vínculo com o Estipulante;

j)Cópia simples do Comprovante Bancário "espelho extrato ou comprovante de depósito bancário";

10.2. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

10.3. Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

10.4. A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

10.5. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para a cobertura.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (CA-MRT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ou uma Cesta Alimentação, a fim de custear despesas de alimentação, ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. O serviço de Cesta Alimentação por Morte poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese de o Beneficiário optar pela prestação de serviço, sendo o valor deste serviço igualmente limitado ao Capital Segurado Individual contratado.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado Individual é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação, sendo o valor de cada parcela equivalente ao capital segurado individual da cobertura dividido pelo número de parcelas.

4.3. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:
a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

7.1.1. Caso haja opção pelo recebimento da indenização:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;

c) Cópia simples da Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Herdeiro(s) legal(is) quando não houver indicação de Beneficiário(s) na Proposta de Contratação;

d) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

f) Comprovante do vínculo com o estipulante (cópia simples);

7.1.2. Caso haja opção pela prestação do serviço.

7.1.2.1. O beneficiário deverá contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, para solicitar o envio do cartão alimentação.

7.1.2.2. Durante o atendimento poderão ser solicitados documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR NATALIDADE (CA-NA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ou uma Cesta Alimentação, a fim de custear despesas de alimentação, ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, na ocorrência do nascimento de filhos(s) com vida, durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. O serviço de Cesta Alimentação por Natalidade poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese de o Segurado optar pela prestação de serviço, sendo o valor deste serviço igualmente limitado ao Capital Segurado Individual contratado.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos cada nascimento de filho(s) vivos durante a Vigência da cobertura contratada, observando-se o prazo de carência estipulado no item Carência, dessas condições contratuais.

3.2. Caso os dois genitores do filho nascido vivo façam parte do mesmo grupo segurado da Apólice, a indenização decorrente do evento coberto, será paga a cada um dos respectivos genitores, limitada ao Capital Segurado Individual informado em cada Certificado Individual.

3.3. No caso de nascimento de mais de um filho vivo da mesma gestação, a indenização, limitada ao Capital Segurado Individual, será paga ao(s) Beneficiário(s) referente a cada nascimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do nascimento de filho(s) com vida.

6. CARÊNCIA

6.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de 300 (trezentos) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual.

6.2. Para nascimentos de filho(s) prematuro(s), fica estipulado o prazo de carência de 150 (cento e cinquenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual.

6.3. Alternativamente, poderão ser definidos na Proposta de Contratação prazos de carência distintos dos estabelecidos nos itens 6.1 e 6.2, o que constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Cesta Alimentação por Natalidade conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento do(s) Filho(s);
d) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
f) Cópia Simples do comprovante do vínculo empregatício com o Estipulante (cópia)

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Cesta Alimentação por Natalidade, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – RENDA MENSAL (DD-AFACIDT RM)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A indenização somente será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho:

a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;

d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;

f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) figromialgias;

i)Doença Miofascial;

j)tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

l)todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;

t) epidemias declaradas por órgão competente;

u) atos ilícitos ou contrários a lei;

v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

5.5. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

5.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE PAGAMENTO

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.

6.3. Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.

7. CARÊNCIA

7.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprida a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8.4. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo de franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples dos Relatórios Médicos;
c) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho;
d) Cópia Simples da Carta de concessão de afastamento pelo INSS;
e) Cópia Simples do Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário;
f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
h) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho, 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 afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – CAPITAL ÚNICO (DD-AFACIDT CAP)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão do afastamento total, ininterrupto e temporário de seu trabalho, estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Esta cobertura só pode ser contratada quando o custeio da apólice for não contributário.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas - Afastamento por Acidente de Trabalho Capital Único:

a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;

d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;

f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) figromialgias;

i)Doença Miofascial;

j)tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

l)todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;

t) epidemias declaradas por órgão competente;

u) atos ilícitos ou contrários a lei;

v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. O Capital Segurado e a sua distribuição para fins de Indenização entre o segurado e/ou estipulante, serão definidos na Proposta de Contratação.

5.4. A indenização prevista nesta Cláusula será devida após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Individual Contratado e a distribuição deste Capital entre o segurado e/ou Estipulante.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. FRANQUIA

7.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

7.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

7.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:
a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia Simples dos Relatórios Médicos;
c) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho;
d) Cópia Simples da Carta de concessão de afastamento pelo INSS;
e) Cópia Simples do Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário;
f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
h) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

10. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

10.1. O Segurado para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro do Segurado por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

10.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

10.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho - Empresarial, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado e/ou Estipulante, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

10.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

10.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

11.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

12. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

12.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesa Diversa - Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

12.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12.3. Não haverá cobertura adicional, caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado.

13. RATIFICAÇÃO

13.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) ou prestação de serviço cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão do afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A indenização somente será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

1.3. Na hipótese do(s) Beneficiários(s) optar(em) pela prestação de serviço, a cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho será realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer

sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho:

a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;

d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;

f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) figromialgias;

i)Doença Miofascial;

j)tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

l)todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;

t) epidemias declaradas por órgão competente;

u) atos ilícitos ou contrários a lei;

v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

5.5. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

5.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE PAGAMENTO

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.

6.3. Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.

7. CARÊNCIA

7.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8.4. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo de franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples dos Relatórios Médicos;
c) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho;
d) Cópia Simples da Carta de concessão de afastamento pelo INSS;
e) Cópia Simples do Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário;
f) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
h) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
i)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho, 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 afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-ACIDT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ou reembolso, ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, ininterrupto e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas por Acidente de Trabalho:

a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;

d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;

f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) figromialgias;

i)Doença Miofascial;

j)tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

l)todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;

t) epidemias declaradas por órgão competente;

u) atos ilícitos ou contrários a lei;

v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta);

y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. A indenização prevista nesta Cláusula será devida após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Individual Contratado.

5.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia Simples dos Relatórios Médicos;

c) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho;

d) Cópia Simples do Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário;

e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

f) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

g) Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

h) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao acidente de trabalho.

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação/comprovação, 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 acidente de trabalho.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina..

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesa Diversa por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA LER OU DORT (RITLD)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, em decorrência de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as incapacidades decorrentes de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que tornem o segurado incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da cobertura do Seguro as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente, de:

a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

c) hospitalização para “check-up”;

d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

f) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por :

- tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

h) Síndrome do pânico;

i)doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, inclído “burnout” e depressão, independente das suas causas;

j)Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

l)As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

n) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

o) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

p) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

r) Envenenamento de caráter coletivo.

s) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

t) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;

u) Doença Miofascial;

v) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

w) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

x) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

y) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

z) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;

aa) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

bb) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.2. O risco excluído referente doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para esta cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como capital segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada;.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, até a alta médica, limitada pelo período contratado.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico.

6. LIMITE DE RENDAS

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 2 (dois) meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.

6.3. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitado ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

7. CARÊNCIA

7.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência da incapacidade coberta, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER E DORT, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

b) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;

c) Cópia Simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;

d) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo em que o Segurado tenha sido o condutor;

e) Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” ;

f) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

g) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;

h) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
i)Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
j)Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

10.2. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

10.3. Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

10.3.1. A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

10.4. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para a cobertura.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

14.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (IFPDA)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A perda da existência independente 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 nesta Condição Especial.

1.3. A contratação desta cobertura, Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA), fica condicionada à contratação da Cobertura Básica de Morte por se tratar de uma antecipação desta.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

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

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

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

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

i)Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

3.2. 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.

3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

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

3.5. 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.

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

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

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

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

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

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

Segurado	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10

	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	**Pontuação**
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 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 sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

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 indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional.

4.2. 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.

4.3. A seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura que corresponde a até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

6. CARÊNCIA

6.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
c) Relatório médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
d) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;

f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

9.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

9.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

9.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

9.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.8. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

1.1. Permitir que se inclua como segurado dependente na Apólice, o cônjuge/companheiro de cada de Segurado Principal, exclusivamente na(s) cobertura(s) contratadas para a inclusão do Segurado Dependente (cônjuge), desde que devidamente expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual, e respeitadas as Condições Contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Nas coberturas contratadas e cujo evento gerador da indenização seja o falecimento do cônjuge (segurado dependente), o Beneficiário do Seguro será sempre o Segurado Principal.

2.2. Para as demais coberturas contratadas, o beneficiário do Seguro será sempre o próprio cônjuge.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. **AUTOMÁTICA**: nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizerem parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado independente de possuírem ou não cônjuges.

3.2. **FACULTATIVA**: nesta modalidade de inclusão, o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da proposta de adesão individual e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal que optou pela inclusão do cônjuge.

3.2.1. Na forma de inclusão facultativa, a inclusão do cônjuge no Grupo Segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda, laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir listadas, para Inclusão de Cônjuges na Apólice:

a) Morte;
b) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
c) Morte Acidental;
d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
e) Invalidez Permanente Total por Acidente
f) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;
g) Diária de Internação Hospitalar
h) Diária de Internação Hospitalar UTI
i)Diária de Internação Hospitalar decorrente de Doenças Graves
j)Renda de Incapacidade Temporária
k) Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT
l)Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
m)Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte;
n) Doenças Graves, Doenças Graves Ampliadas;
o) Despesas Diversas por Morte;
p) Reembolso de Despesas com Funeral;
q) Auxílio Funeral;
r) Assistência Funeral;
s) Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
t) Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
u) Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Os riscos excluídos referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, estão mencionados nos itens Riscos Excluídos das Condições Gerais e das Condições Especiais de cada cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado referente às coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

6.3. O Capital Segurado referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal.

6.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data informada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. CARÊNCIA

7.1. O prazo de carência, quando previstos para as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Além do informado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, o Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado:

a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;
b) no caso de separação judicial ou divórcio;
c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

9.1. A documentação necessária para Regulação do Sinistro, respeitará aquela mencionada na Condição Especial de cada cobertura contratada, para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

1.1. Permitir que se inclua como segurado dependente na Apólice os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente, exclusivamente na(s) cobertura(s) contratadas para a inclusão do Segurado Dependente (filhos), desde que devidamente expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual e respeitadas as Condições Contratuais.

1.2. A inclusão poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.3. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.4. Ficam também incluídos o(s) filho(s) inválido(s), de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.5. Nas hipóteses do subitem 1.4 é garantido apenas o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, respeitando-se o limite de capital fixado nesta Cobertura.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário das coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice será sempre o Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. **AUTOMÁTICA:** nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados. Neste caso, os prêmios correspondentes aos filhos serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado independente de possuírem ou não filhos.

3.2. **FACULTATIVA:** nesta modalidade de inclusão, os filhos somente serão incluídos no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal, mediante preenchimento da proposta de adesão individual e da declaração de saúde dos filhos. Os prêmios correspondentes ao Seguro dos filhos serão pagos pelo respectivo Segurado Principal que optou pela inclusão dos filhos**.**

3.2.1. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir listadas, para Inclusão de Filho(s) na Apólice:

a) Morte;
b) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
c) Reembolso de Despesas com Funeral;
d) Assistência Funeral;
e) Auxílio Funeral;
f) Despesas Diversas por morte;
g) Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
h) Auxilio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
i)Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Os riscos excluídos referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, estão mencionados nos itens Riscos Excluídos das Condições Gerais e das Condições Especiais de cada cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

6.3. O Capital Segurado referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal.

6.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data informada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. CARÊNCIA

7.1. O prazo de carência, quando previstos para as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Além do informado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, a Seguro do(s) Filho(s) será obrigatoriamente cancelado:

a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;

b) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;

c) quando o filho atingir 21 anos de idade, ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou

d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do(s) filho(s) for facultativa.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

9.1. A documentação necessária para Regulação do Sinistro, respeitará aquela mencionada na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Filho(s) na Apólice.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Filho(s) na Apólice.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Filho(s) na Apólice.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS (IP)

1. OBJETIVO

1.1. Permitir que se inclua como segurados dependentes na Apólice, os pais do Segurado Principal, exclusivamente na(s) cobertura(s) contratadas para a inclusão do Segurado Dependente (pais), desde que devidamente expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual e respeitadas as Condições Contratuais.

1.2. Apenas serão considerados pais, os que estejam assim elencados em documento oficial do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário das coberturas contratadas para a Inclusão de Pais(s) na Apólice, cujo evento gerador seja a morte do Segurado dependente, será sempre o Segurado Principal.

2.2. Para as demais coberturas, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado dependente (pais).

2.3. Caso haja a morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s), a indenização será paga aos herdeiros remanescentes do segurado.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. AUTOMÁTICA: nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os pais(s) de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizerem parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos pais serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado independente de possuírem ou não pais vivos.

3.2. FACULTATIVA: nesta modalidade de inclusão, os pais somente serão incluídos no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal, mediante preenchimento da proposta de adesão individual e da declaração de saúde dos pais. Os prêmios correspondentes ao Seguro dos pais serão pagos pelo respectivo Segurado Principal que optou pela inclusão dos pais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir listadas, para Inclusão de pais na Apólice:

a) Morte;
b) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
d) Reembolso de Despesas com Funeral;
e) Assistência Funeral;
f) Auxílio Funeral;
g) Despesas Diversas por morte;
h) Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
i) Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
j) Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Os riscos excluídos referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Pais na Apólice, estão mencionados nos itens Riscos Excluídos das Condições Gerais e das Condições Especiais de cada cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado referentes às coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado Principal na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

6.3. O Capital Segurado referentes às coberturas contratadas para a Inclusão de Pais na Apólice, não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal.

6.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data informada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. CARÊNCIA

7.1. O prazo de carência, quando previsto para as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Além do informado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, o Seguro do(s) Pais será obrigatoriamente cancelado:

a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;
b) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
c) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão dos pais for facultativa.

9. REGULAÇÃO DO SINISTRO

9.1. A documentação necessária para Regulação do Sinistro, respeitará aquela mencionada na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Pais na Apólice.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Pais na Apólice.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais:

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Pais na Apólice.

12. RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A | CNPJ: 08.602.745/0001-32.
Central de Relacionamento: 0800 723 3030 (Demais Regiões) e 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Ouvidoria: 0800 707 4936 | www.capemisa.com.br | Encontre-nos também nas redes sociais: