



ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Gerais
Processo SUSEP nº 15414.001215/2008-19

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. COBERTURA DO SEGURO	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	14
6. CARÊNCIA	14
7. GRUPO SEGURÁVEL	14
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	15
9. VIGÊNCIA.....	17
10. CAPITAL SEGURADO.....	18
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	22
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	23
14. PERDA DE DIREITO	24
15. CANCELAMENTO DO SEGURO	25
16. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS:	27
17. OBRIGAÇÃO	27
18. REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	30
19. BENEFICIÁRIOS.....	33
20. REGIME FINANCEIRO.....	34
21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	34
22. SUB-ROGAÇÃO.....	34
23. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	35
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	48
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO).....	54

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)	60
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CASO DE ACIDENTE (DIT - ACID).....	65
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERDAS POR MORTE ACIDENTAL (DD-MA)	73
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DEPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (DD- IPA)	78
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DD - ACID)	83
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL MORTE ACIDENTAL (RDF - MA).....	87
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL MORTE ACIDENTAL (AUXF-MA).....	91
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL ACIDENTAL (GASSF-MA)	95
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE TRANSLADO DE CORPO POR MORTE ACIDENTAL (TC-MA)	102
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	109
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIHDG).....	115
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIHUTI).....	122
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT).....	128
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR NATALIDADE (DD-NA)	137
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (CA-MRT)	141
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR NATALIDADE (CA-NA)	145
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	149
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)	153
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS (IP)	157

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Garantir o pagamento de indenização 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 acidentes pessoais. 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: 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: 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.

Data do Evento coberto: É a data da ocorrência do Sinistro do risco coberto.

Doença: É a perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessário a sua internação hospitalar, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

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.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: É o questionário integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

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.

Franquia: O período contado a partir do início do afastamento do segurado, em que ele não tem direito a receber indenização.

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.

Hospital/Clínica: É o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro

diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Incapacidade Temporária: É a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou atividade laborativa principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

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.

Internação Hospitalar: Caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em caso de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

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;

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.

Regulação de Sinistro: É o processo que avalia o pagamento de indenização ao Segurado.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância assegurada 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: 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. COBERTURA 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 e Suplementares.

3.3 As Coberturas Básicas oferecida por este Seguro são:

- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental (RDF-MA);
- Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUXF-MA);
- Assistência Funeral por Morte Acidental (GASSF-MA);
- Traslado de Corpo por Morte Acidental (TC-MA);
- Despesas Diversas em caso de Morte Acidental (DD-MA);
- Despesas Diversas em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DD-IPA);
- Despesas Diversas por Acidente (DD-ACID);
- Diária por Incapacidade Temporária, em caso de acidente (DIT-ACID);
- Diária por Internação Hospitalar (DIH);
- Diária por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIHDG);
- Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIHUTI);
- Renda por Incapacidade Temporária (RIT);
- Despesas Diversas por natalidade (DD-NA);
- Assistência Cesta Alimentação por morte (CA-MRT);
- Assistência Cesta Alimentação Natalidade (CAN).

3.4 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.

3.5 As coberturas Suplementares são:

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

3.6 A contratação de qualquer Cobertura Suplementar fica condicionada à contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental.

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, emanção 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) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- m) 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;
- n) 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;
- o) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;
- p) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- q) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- r) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- s) perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente;

- t) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);
- u) atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada;
- v) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
- w) sequestro ou tentativa de sequestro;
- x) 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;
- 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.

5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA

5.1. O presente seguro abrange eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

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. 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.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

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

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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.

8.6 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.

8.7 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.

8.8 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.

8.9 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. VIGÊNCIA

9.1 VIGÊNCIA DO SEGURO.

9.1.1 A vigência da Apólice será de até 5 (cinco) anos, sendo definida na Proposta de Contratação.

9.1.2 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.

9.1.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado será definida no certificado individual ou documento equivalente, podendo ser de dias, meses ou anos, sendo certo que cessará automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

9.1.4 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.

9.1.5 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.

9.2 RENOVAÇÃO DO SEGURO.

9.2.1 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.

9.2.2 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.

9.2.3 Para Apólices com vigência inferior a 01 (um) ano não ocorrerá à renovação automática.

9.2.4 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.

9.2.5 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.

9.2.6 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.

9.3 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).

9.3.1 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).

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 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.

10.1.1 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.

10.1.2 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.

10.1.3 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.

10.2 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 Proposta Individual de Adesão;
- b) múltiplo salarial;
- c) capital único ou fixo;
- d) escalonado por idade;
- e) escalonado por faixa salarial;
- f) escalonado por categoria funcional.

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

10.4 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.

10.5 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.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 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.

11.2 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: onde os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes.

11.3 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.

11.4 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.

11.5 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.

11.6 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.

11.7 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.

11.8 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.

11.9 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.

11.10 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.

11.11 Para o tipo de custeio contributivo:

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

11.11.2 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.

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

11.12 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.

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

11.14 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.

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

11.16 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.

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

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

11.19 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.

11.20 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.

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

11.22 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.

11.22.1 No caso de recusa da Proposta de Contratação pela Seguradora a devolução dos valores de prêmios já pagos serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa.

11.22.2 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.

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

11.23 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.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 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.

12.2.1 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.

12.2 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.

12.3 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:

12.3.1 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.

12.3.2 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.

12.4 Para os Seguros com vigência inferior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, não haverá atualização monetária para o Capital Segurado nem para o prêmio.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA

13.1 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.

13.2 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.

13.3 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 13.1 e 13.2.

13.4 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*.

13.5 Caso o Segurado e/ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior aos estabelecidos nos itens 13.1 e 13.2, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

13.6 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*.

14. PERDA DE DIREITO

14.1 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.

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

14.3 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.

14.3.1 Considera-se doença preexistente toda e qualquer doença e/ou lesões preexistentes de que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

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

14.3.3 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.

14.4 Se a inexactidão 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:

14.4.1 Na hipótese de não ocorrência de 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.

14.4.2 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.

14.4.3 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.

14.4.4 A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação 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.

14.4.5 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.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1 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*.

15.1.1 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.

15.2 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.

15.3 No caso em que o seguro for contributivo, 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.

15.3.1 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.

15.4 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.

15.5 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*.

15.6 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.

15.7 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.

16. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS:

16.1 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 16.2. 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.

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

16.2 Fica expressamente vedada a atuação das seguintes figuras como Estipulante:

- 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.

16.3 A vedação estabelecida no subitem 16.2 não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

16.4 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.

17. OBRIGAÇÃO

17.1 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 garantias 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.

17.1.1 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.

17.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato 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.

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

17.1.4 Por determinação da SUSEP, 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.

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

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

17.1.7 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.

17.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

17.1.9 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

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.

17.2 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;

18. REGULAÇÃO DE SINISTROS

18.1 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.

18.1.1 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.

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

18.3 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.

18.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 18.5, implicará sobre o valor da Indenização:

18.4.1 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.

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

18.4.3 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.

18.5 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 18.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.6 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*.

18.7 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*.

18.8 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*.

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

18.10 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.

18.10.1 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.

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

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

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

18.13 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.

18.14 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";

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

18.15 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.

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

18.16.1 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;

18.16.2 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;

19. BENEFICIÁRIOS

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

19.2 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.

19.3 Quando for designado mais de um Beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

19.4 Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

19.5 Caso a Seguradora não seja comunicada oportunamente de substituição, pagará a diferença que ultrapassar o saldo da dívida ao antigo Beneficiário designado.

19.6 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.

20. REGIME FINANCEIRO

20.1 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.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1 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 Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

22. SUB-ROGAÇÃO

22.1 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.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

23.4 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 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 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) do Seguro 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 garantia 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 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 DO 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 ADICIONAL 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 Segurado, limitada ao Capital Segurado 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. BENEFICIÁRIO

2.1 O Beneficiário deste Seguro 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) Certificado(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 metacarpião	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpião	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 deste seguro 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 DO 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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

3.1 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.

3.2 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 Segurado por meio de reembolso, limitado ao Capital Segurado 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, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia 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 SEGUADO

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:

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

p) 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 DO 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 ADICIONAL 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 escape 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 cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, 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 definidas 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 O(s) Seguros(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)** 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 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 DO 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.

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, limitada ao Capital Segurado 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) do Seguro 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 accidental 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 garantia 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 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 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 DO 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 ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ
PERMANENTE 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 Segurado, a fim de custear as despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Condições Contratuais, limitada ao Capital Segurado 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. BENEFICIÁRIO

2.1 O Beneficiário deste Seguro 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 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) 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 garantia 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 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) Certificado(s);

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

a) 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:

8.1.1. 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.

8.2 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. 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 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.

9.3. 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.

10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

10.1. No caso de Despesas Diversas por 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 acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11.2 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 ADICIONAL 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 em consequência exclusivamente de acidente pessoal coberto pelo Seguro durante a Vigência da Cobertura contratada, limitada ao Capital Segurado 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) 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.

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, 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 garantia 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 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 Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Certificado(s) Individual(is) 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 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 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 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.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITALS

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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 SEGUADO

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

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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) 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.

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 accidental 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) Certificados(s) 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 ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL 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: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral 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.

1.4.1 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, 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 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 seqüela(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) Certificado(s) Individual(is) 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 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 original 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.

8.2 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 contratado para essa garantia.

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 ADICIONAL DE TRASLADO 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 Traslado de Corpo em caso de morte do Segurado Principal.

b) Familiar: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de Traslado 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 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 COBERTOS

1.1 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 SEGUADO

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) Certificado(s) Individual(is) 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:

8.2.1 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.

8.2.2 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.

8.2.3 O padrão do funeral será estabelecido na Proposta de Contratação em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.

8.2.4 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 DO 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 ADICIONAL 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 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 SEGURO

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:

- g)** Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- h)** Cópia Simples da declaração médica ou prontuário médico comprovando a internação hospitalar e informando o número de diárias de internação hospitalar utilizadas;
- i)** Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
- j)** Cópia Simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” ;
- k)** Cópia simples dos exames complementares realizados;
- l)** 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;

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

n) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante;

o) 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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 outras 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, exceto 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 SEGUADO

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 SEGUADO

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:

- c)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- d)** 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 ADICIONAL 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 escape 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 cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- cc) Envenenamento de caráter coletivo.

5. CAPITAL SEGUADO

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.

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 ADICIONAL 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL 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 SEGUADO

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 ADICIONAL DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR NATALIDADE (CANNA)

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 SEGUADO

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.

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 fizeram 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 Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Reembolso de Despesas com Funeral;
- d) Assistência Funeral;
- e) Auxílio Funeral;
- f) Despesas Diversas;

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.

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 Acidental;
- b) Reembolso de Despesas com Funeral;
- c) Assistência Funeral;
- d) Auxílio Funeral;
- e) Despesas Diversas por Morte Acidental;
- f) Despesas Diversas por Invalidez Total ou Parcial por Acidente;
- g) Despesas Diversas por Acidente.

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.

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 fizeram 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 Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Reembolso de Despesas com Funeral;
- d) Assistência Funeral;
- e) Auxílio Funeral;
- f) Despesas Diversas por Morte Acidental;
- g) Despesas Diversas por Invalidez Total ou Parcial por Acidente;
- h) Despesas Diversas por Acidente.

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.

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.