



**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO VIDA EM GRUPO
RAMO 0993**

1 INFORMAÇÕES PRELIMINARES

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise de risco.

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

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

As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado de seguro.

Este seguro não prevê a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou beneficiário.

2 OBJETIVO DO SEGURO

O Seguro **VIDA EM GRUPO AIG SEGUROS BRASIL** é um seguro de vida em grupo contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante, com contratação diferenciada.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.



Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

O âmbito geográfico será definido em cada uma das Cláusulas Especiais ou Suplementares contratadas.

4 DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

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

a) Incluem-se neste conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se deste conceito:

- 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;

- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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'.

Agravo Mórbido: Piora de uma doença

Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice: Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.



Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica, designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado. Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.



Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade em caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Condições Especiais: contrato anexo a estas condições gerais, que especifica cada uma das coberturas que integram este seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem o seguro, juntamente com as condições especiais.

Dados Antropomédicos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, manifestando-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.



Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Dependentes: Cônjuge ou Companheiro(a), o(s) filho(s), o(s) enteado(s), desde que sejam menores e dependentes do Segurado, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no Seguro e desde que, não estejam relacionados como segurados.

Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

Doença Neoplásica Maligna Ativa: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Preexistente: doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.



Doença Profissional: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Dolo: ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, que não depende da vontade do Segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, e que, com base na cobertura contratada, dá direito ao pagamento de uma indenização.

Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com meio externo.

Estipulante: pessoa jurídica, que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da Legislação e da regulamentação em vigor.

Etiologia: Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ele interage.

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento

Garantias: São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Contratuais.

Grupo Segurável: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, empregador ou associação, bem como seus dependentes.



Grupo Segurado: conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

Hígido: Saudável

Indenização: valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu beneficiário, conforme o caso, quando da ocorrência de um evento coberto.

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

Médico: 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, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Prescrição: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do segurado e vice-versa, é de 1(um) ano, contando-se este prazo da ciência do fato gerador da pretensão.

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

Proposta de Contratação: É o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais



segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

Proponente: o interessado em aderir ao contrato de seguro.

Pró-Rata (Temporis): método de se calcular o prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

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

Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

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

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

Segurado: pessoa física sujeita ao risco e sobre a qual se estabelecerá o seguro.

Seguradora: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro. É a AIG Seguros Brasil S.A.

Seguro Contributário: Seguro no qual onde há a participação do segurado em parte ou, na totalidade, do prêmio de seguro.

Seguro Não Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.



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

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

Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

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

Vigência: período pelo qual está contratado o seguro.

5 COBERTURAS

- **Cobertura Básica: Morte qualquer causa – M**

- **Coberturas Adicionais:**
 - Indenização Especial de Morte Acidental - IEA
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
 - Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD
 - Doenças Graves – DG
 - Doenças Congênitas de Filhos – DCF
 - Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas – DMHO
 - Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
 - Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
 - Fratura de Ossos - Acidente
 - Auxílio-Funeral por Morte – AF
 - Auxílio Alimentação por Morte- AAL
 - Indenização Complementar por Morte – ACM



- **Cláusulas Suplementares:**
 - Inclusão Automática de Cônjuges – IAC
 - Inclusão Automática de Filhos – IAF
 - Indenização Especial para Filhos – IEF

5.1 CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO DAS COBERTURAS

- a) A cobertura básica é de contratação obrigatória;
- b) As coberturas adicionais e cláusulas suplementares são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo;
- d) As coberturas de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária não se somam, para um mesmo segurado. Em caso de sinistro, será concedida somente a garantia que cubra a ocupação que gere a maior parte do rendimento do segurado.

Para menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço sejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

6 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação obrigatória da Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante do seguro.

A proposta de contratação deverá conter os seguintes dados mínimos: nome da seguradora que responde pelo risco, os nomes e percentuais das co-seguradoras,



se for o caso; as Condições Contratuais específicas do seguro, capital segurado aplicável (critério e fixação), alteração, atualização monetária e respectivo índice adotado quando houver, carência individual ou coletiva quando aplicável, composição das coberturas contratadas e, dados pertinentes ao corretor do seguro, ou seja, nome e nº de registro em SUSEP.

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese do Estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.

Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 mês a contar da data de emissão da mesma, que corrijam as divergências existentes. Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

As coberturas adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e, em nenhuma hipótese, isoladas da cobertura básica.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os componentes principais afastados do trabalho desde que, no momento da cotação os mesmos tenham sido devidamente informados à seguradora bem como as causas de seus afastamentos.

Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante nas Condições Contratuais o custeio poderá ser:



- a) Não Contributário, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
- b) Contributário, em que os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

7 ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco, e a seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta de adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

Durante esse prazo, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, apenas uma vez. Neste caso, o prazo será suspenso quando a seguradora solicitar informações e ou documentos complementares para a análise do risco, voltando a correr no primeiro dia útil após o atendimento da exigência.

O pagamento do prêmio antecipadamente não implica em aceitação automática do risco pela seguradora, entretanto, nesta hipótese, durante o período em que a seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao Estipulante ou ao seu corretor, especificando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao



proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

No caso de doença ou de invalidez preexistente, informada na Declaração Pessoal de Saúde constante da Proposta de Adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

A aceitação está limitada em caso de apólices que admitam cobertura de grupo de aposentados. **Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos** nas apólices que admitam a respectiva cobertura deste grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPTD.

Aposentados por Invalidez que não tenham recebido indenização de IFPTD (ou IPD) em outra seguradora terão direito a todas as coberturas, exceto Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPTD) e Doenças Graves (DG).

Aposentados por Invalidez que já tenham recebido indenização de IFPTD (ou IPD) em outra seguradora **não serão aceitos**. Em todos os casos é necessário que os mesmos atendam a todas as demais condições previstas para a aceitação de proponentes, estabelecidas no contrato.

A aceitação do seguro implicará na emissão, por parte da seguradora, de Certificado Individual de Seguro, que será entregue ao Estipulante.

Com a entrega dos Certificados Individuais ao Estipulante, a seguradora passa a este a obrigação de entregar os Certificados Individuais aos segurados.



8 VIGÊNCIA DO SEGURO

- O início e o término de vigência da apólice serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.
- O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão, quando não houver pagamento de prêmio. Nos casos em que houver a antecipação parcial ou total do prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora.
- O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

9 BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas:

- **Morte qualquer causa;**
- **Indenização Especial por Acidente;**
- **Doença Congênita de Filho(s);**
- **Auxílio Funeral por Morte qualquer causa;**
- **Auxílio Alimentação por Morte;**
- **Indenização Complementar por Morte qualquer causa.**

A indicação de beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

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



Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

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

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

- a) Para segurado casado ou em união estável: 50% o cônjuge ou companheiro (a) (devidamente reconhecido pela previdência social), se houver, e 50% aos herdeiros legais;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) reconhecido (a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a) reconhecidos na forma da lei será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária e,
- d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) e herdeiros legais (respeitada a ordem de vocação hereditária), serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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, aos herdeiros legais dos segurados.

Para as coberturas:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;



- Invalidez Permanente Total por Acidente;
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Doenças Graves;
- Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas;
- Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente;
- Diárias por Incapacidade Física Temporária decorrente por Acidente;
- Quebra de Osso;
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge;
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos.

Para as coberturas acima descritas, o beneficiário 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 esta cláusula beneficiária.

Para a cobertura de Indenização Especial para Filhos:

O(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) filho(s) do segurado principal, considerados dependentes, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

10 RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos em consequência de:

- a)** Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b)** Invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução,



agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou contratuais do presente seguro, fica entendido e acordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- e) Doação e transplantes de órgãos intervivos;
- f) O beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil;
- g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- i) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários ou pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- j) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado de atos ilícitos dolosos ou



contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

11 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado contratado para cada garantia constará no Certificado do Seguro e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

Para garantir seu direito à cobertura, o estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

O prêmio do seguro poderá ser pago mensal ou anualmente durante o período de vigência da apólice e a forma e a periodicidade de cobrança, serão estabelecidas no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até 75º dia posterior ao vencimento da fatura em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança de prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários(s).

O pagamento do prêmio realizado no período de até 90 (noventa) dias após o seu vencimento será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de multa de 2%



(dois por cento) mais juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base pro rata die, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do(s) faturamento(s) do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o Estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias e, não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de um faturamento mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

O Estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.



No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos a atualização monetária a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

Nos seguros em que a forma de custeio for contributária, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

13 RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Recálculo: O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

Reavaliação: As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.



Caso haja alteração das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

14 RENOVAÇÃO

A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Caso seja renovada cobertura para segurados dependentes, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.



Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

15 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

- Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE.
- Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

16 INDENIZAÇÃO

Quando ocorrer um evento coberto por este seguro, o segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverá comprovar a sua ocorrência,



apresentando à seguradora os documentos listados nas condições especiais e esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

A seguradora, após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

A seguradora poderá solicitar uma única vez, em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles descritos nas condições especiais.

As despesas efetuadas com a comprovação do risco coberto ficam por conta do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, exceto aquelas que a seguradora realizar diretamente.

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

O ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, quando devido, será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

As medidas que a seguradora praticar tentando apurar o risco coberto não significa, por si mesmas, que está reconhecido o risco, nem que haverá qualquer pagamento de indenização. O pagamento da indenização somente será realizado após a efetiva comprovação do risco coberto.

A partir da data do recebimento de toda a documentação exigida, e comprovado o risco coberto, a seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias.



Se a seguradora pedir documentos complementares ou a constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, e voltará a correr a partir do primeiro dia útil posterior à entrega, realização da junta ou manifestação expressa do interessado de que não irá apresentar tais documentos ou se submeter à junta.

O pagamento da indenização será feito por meio de crédito em conta bancária, cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo beneficiário, conforme o caso.

O valor da indenização será atualizado na data de ocorrência do risco coberto. Caso a seguradora exceda o prazo de 30 (trinta) dias, incidirão juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base pro rata die, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento e atualização monetária.

Quando houver pagamento de Prêmio Único ou de Periodicidade Anual, os capitais segurados pagáveis por Morte ou Invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

17 JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposto pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.



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

A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências, do caráter da invalidez, entre o médico do segurado e o médico perito da seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

18 PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de incapacidade, o segurado, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

19 PAGAMENTO, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

Os valores das obrigações pecuniárias referentes a este Seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**



(IPCA/IBGE), desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o respectivo pagamento.

A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação, e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.

Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20 PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) Agravar intencionalmente o risco do segurado;
- c) Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;



d) Fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I **Na hipótese de não ocorrência do sinistro:** cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

II **Na hipótese de ocorrência de sinistro, com indenização parcial:** cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III **Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:** cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível; efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.



- e) Deixar de comunicar a imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

A seguradora, desde que o faça nos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

- f) O sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

21 ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.



22 CANCELAMENTO E NÃO RENOVAÇÃO

A apólice mencionada nestas Condições Contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

O prêmio a ser devolvido, se houver, será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência do seguro, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302 de 2005



A cobertura do risco individual termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da Indenização por Morte, Indenização Especial por Morte Acidental, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Indenização por Doenças Graves e,
- d) Por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

Se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados e mesmo que os segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso, a seguradora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos segurados.

A não renovação da apólice se dará quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, o cancelamento, se houver o consentimento de $\frac{3}{4}$ do grupo segurado ou ainda, pela falta de pagamento do prêmio conforme o item 12 destas condições contratuais.

Para fins a que se refere o parágrafo acima, define-se como prazo de validade o período de tempo compreendido entre a data de emissão da apólice e seu vencimento.



23 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;



- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

24 COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

25 PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.



26 OUVIDORIA

A AIG está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

Assim, colocamos à sua disposição a **Ouvidoria AIG**, um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.

Você pode contatar a **Ouvidoria AIG** por:

- Telefone – 0800 724 0219 (segunda à sexta-feira, das 9 às 18h)
- Email: ouvidoria@aig.com.br

27 INFORMAÇÕES GERAIS

Este seguro foi estruturado no regime de repartição simples, **o qual não permite resgate ou devolução dos prêmios pagos, mesmo em caso de cancelamento do Seguro.**

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

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.



28 FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item anterior.



29 CLÁUSULAS ESPECIAIS

- **Cobertura Básica: Morte Qualquer Causa**

- **Coberturas Adicionais:**
 - Indenização Especial de Morte Acidental – IEA
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
 - Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD
 - Doenças Graves – DG
 - Doenças Congênitas de Filhos – DCF
 - Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas – DMHO
 - Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
 - Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
 - Fratura de Ossos – Acidente
 - Auxílio-Funeral por Morte – AF
 - Auxílio Alimentação por Morte – AAL
 - Indenização Complementar por Morte – ACM



30 COBERTURA BÁSICA – MORTE

30.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, em caso de morte do segurado, durante o período de vigência do seguro, **exceto quando decorrente de riscos excluídos.**

30.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do Segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor de veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridas antes da data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando decorrentes de riscos excluídos.

30.3 ÂMBITOS GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

30.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.



30.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

30.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente ao capital segurado vigente na data da morte do segurado e, será pago sob forma de parcela única.

30.7 DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;
- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico



- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

- a) Cônjuge
 - Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.
- b) Companheiro
 - Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;



- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver.

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

30.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra deste seguro, observados eventuais restrições e limites previstos.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



31 INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE

31.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, **somente em caso de morte acidental do segurado**, ocorrida durante o período de vigência do seguro, **exceto quando decorrente de riscos excluídos**.

31.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do Segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo relacionado com sua morte acidental;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
- d) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;



- e) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) Autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- h) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

31.3 ÂMBITOS GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

31.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

31.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.



31.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente ao capital segurado vigente na data da morte do segurado e, será pago sob forma de parcela única.

31.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido de seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;
- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- f) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte acidental presumida;



- i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- j) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal). Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.

b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver.

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o Segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.



d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o Segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do Segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

31.8 INFORMAÇÕES GERAIS

Quando houver a cobertura simultânea desta garantia com a de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, as indenizações não se acumulam.

Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o segurado falecer como decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida por esta cobertura, **deduzido o valor já pago pela cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**

A seguradora não exigirá a devolução da diferença caso a indenização paga pela cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente seja superior à desta cobertura.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



32 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

32.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, em caso de sua invalidez permanente total ou parcial, decorrente **de causas exclusivamente acidentais**, que não sejam consideradas como riscos excluídos, e **ocorridas durante a vigência do seguro**.

Para fins desta cobertura, invalidez permanente total por acidente garante o pagamento relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, **não considerado como risco excluído**, e que é considerada definitiva quando terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica.

32.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por



acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;

- d)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- e)** 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f)** Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g)** Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este seguro;
- h)** Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i)** Perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro; e



- j) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

32.3 ÂMBITOS GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

32.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

32.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

32.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente que deixou o Segurado Inválido e, será pago sob forma de parcela única.

A invalidez deverá ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora.

Constatada e avaliada a invalidez permanente total ou parcial, a seguradora efetuará o pagamento da indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:



INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18

	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PERDA MEMBRO INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um péD	f20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 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:	s/ indenização



Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do percentual sobre o valor previsto para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, 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 não especificados neste seguro, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento).**

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder o valor da indenização prevista para sua perda total.**

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

O capital segurado de invalidez permanente parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa



hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

32.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c)** Aviso de alta médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- d)** Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, Brevê do Segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- f)** Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- g)** Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;



- h) Radiografia e outros exames médicos que tenham sido realizados do membro atingido;
- i) Cópia do termo de curatela definitivo, em casos de invalidez permanente total ou parcial com alienação mental;
- j) Relatório detalhado do médico atestando o percentual de invalidez permanente.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

32.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A perda ou redução funcional de um membro ou órgão defeituoso antes da contratação do Seguro não dará direito ao pagamento da indenização, por ser considerada doença preexistente.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só a invalidez do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado, observadas eventuais restrições e limites previstos.



Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



33 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

33.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, no caso de sua invalidez permanente total, decorrente **de causas exclusivamente acidentais**, que não sejam consideradas como riscos excluídos, e **ocorridas durante a vigência do seguro**.

Para fins desta cobertura, invalidez permanente total por acidente garante o pagamento relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, **não considerado como risco excluído**, e que é considerada definitiva quando terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica.

Somente estão abrangidas pelo conceito de invalidez permanente total por acidente as seguintes ocorrências:

- 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 incurável

Quando for devida a indenização por Invalidez Permanente Total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa



hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Quaisquer outras ocorrências não descritas acima não darão direito a qualquer pagamento de indenização.

33.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez permanente total por acidente do Segurado resultar de:

- a)** Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua incapacidade permanente total;
- b)** Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c)** 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;
- d)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
- e)** 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 lesões classificadas como Lesão por



Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- f) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h) Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i) Perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;
- j) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

33.3 ÂMBITOS GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

33.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.



33.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

33.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente que causou ao segurado a invalidez total e permanente e, será pago sob forma de parcela única.

A invalidez deverá ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

33.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Aviso de alta médica (formulário fornecido pela seguradora);
- d) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do



Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;

- f) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- g) Cópia da certidão de nascimento ou de casamento;
- h) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- i) Radiografia e outros exames médicos que tenham sido realizados do membro atingido;
- j) Cópia do termo de curatela definitivo, em casos de incapacidade permanente total com alienação mental;
- k) Relatório detalhado do médico atestando o percentual de invalidez permanente;

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

33.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A perda ou redução funcional de um membro ou órgão defeituoso antes da contratação do seguro não dará direito ao pagamento da indenização, por ser considerada doença preexistente.



A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só a invalidez por doença do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da Seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o Segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



34 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

34.1 OBJETIVOS DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente por doença, consequente de doença coberta que cause sua perda de sua existência independente, diagnosticada durante o período de vigência deste Seguro.

Para fins desta cobertura, considera-se “perda da existência independente” a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

São consideradas doenças cobertas **única e exclusivamente as seguintes:**

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



- d)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e)** Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f)** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g)** Deficiência visual, decorrente de uma das seguintes doenças:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° ou,Ocorrência simultânea de quaisquer das doenças listadas acima.
- h)** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.



Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como doenças cobertas desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (conforme modelo abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

Atributos	Escala	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º Grau O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, memória e juízo de valor.	00
	2º Grau O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	1º Grau O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º Grau O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
	1º Grau O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º Grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades	



Conectividade do Segurado com a vida	alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º Grau O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Dados Antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbilidade do caso e/ou há IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbilidade do caso	02
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica	08

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



Para a classificação no 2º ou 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

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

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

34.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez funcional permanente por doença do segurado resultar de:

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



34.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura somente será válida para diagnóstico de Invalidez Funcional Permanente por Doença realizado em território brasileiro.

34.4 CARÊNCIA

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na apólice.

O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

34.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

34.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data do diagnóstico da doença que ocasionou a invalidez funcional permanente por doença.

A invalidez deverá ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora.

34.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:



- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório do médico-assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado; e
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

34.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só a invalidez funcional permanente por doença do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.



A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Não restando comprovada a invalidez funcional permanente por doença, o seguro continuará em vigor, sem qualquer devolução do prêmio.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez funcional.

Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



35 DOENÇAS GRAVES

35.1 OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a contratação da presente cobertura, a Seguradora obriga-se a garantir o pagamento ao Segurado de uma indenização no valor estabelecido na especificação da apólice, em decorrência de diagnóstico comprovado por médico habilitado no Brasil e exames complementares, quando exigidos, de uma das condições a seguir especificadas, durante a vigência do seguro e após o período de carência.

- Câncer (Neoplasia Maligna).
- Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral).
- Infarto Agudo do Miocárdio.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (Bypass).
- Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal.
- Cirurgia para Transplante de Órgãos.

Para ser elegível ao recebimento da indenização em razão do evento coberto, o Segurado precisa sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das condições cobertas.

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro, observados os itens de Carência e Riscos Excluídos, constantes das Condições Gerais e desta Cláusula.

O conjunto de coberturas para Doenças Graves e procedimentos médicos que caracterizam os eventos cobertos por essa Cláusula, será escolhido pelo proponente, no momento do preenchimento da Proposta de Contratação e, **não poderão ser contratadas isoladamente.**



35.2 CONCEITOS

Para fins desta cobertura entende-se por:

a) Câncer (Neoplasia Maligna):

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas com invasão de tecidos.

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

b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):

Obstrução aguda da circulação sanguínea cerebral (isquemia cerebral) ou ruptura de vaso sanguíneo intracraniano (hemorragia cerebral) que resulta em déficit neurológico permanente.

O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por meio de exame de imagem (tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética). As alterações clínicas de déficit neurológico permanente devem ser documentadas para caracterizar o diagnóstico.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

É a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante de:



- História de dor torácica;
- Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- Elevação das enzimas cardíacas (incluindo CPK-MB), troponinas e outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (Bypass):

Realização de cirurgia cardíaca, com abertura da caixa torácica, para o tratamento da estenose ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

A indicação cirúrgica deve ser respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

e) Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal:

Etapa final de uma doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise, diálise peritoneal) ou transplante renal.

Deve ser diagnosticada por médico especialista e demonstrada por meio de exames complementares apropriados.

f) Cirurgia para Transplante de Órgãos

Realização de cirurgia para transplante de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado e medula óssea.

35.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também NÃO estão incluídas nas respectivas coberturas:



a) Câncer (Neoplasia Maligna):

- Qualquer lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- Câncer de próstata no estadio I e IIA pela classificação TNM 7ª edição de 2009 e estadio A1, A2, B1 e B2 pela Classificação de Jewett-Whittmore;
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido for baixo, ou seja, menor que 1,5 mm, segundo o Índice de Breslow;
- Qualquer tumor maligno em portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) contraído antes da vigência do seguro;
- Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- Câncer existente antes da data de início de vigência da apólice.

b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):

- Ataque isquêmico transitório;
- Hemorragia cerebral causada por trauma de crânio;
- Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro; e
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio

- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- Infarto do miocárdio sem alterações específicas no eletrocardiograma, sem aumento da CPK-MB e com elevação da troponina I ou T; e
- Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (Bypass):

- Angioplastia coronariana e outros procedimentos intra-arteriais;



- Cirurgia minimamente invasiva (key-hole), cirurgia robótica e quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos; e
 - Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.
- e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:
- Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente visando-se à colocação de um coração verdadeiro no futuro;
 - Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
 - Autotransplante de medula;
 - Transplante de células tronco;
 - Transplante de células-beta do pâncreas; e
 - Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

35.4 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida somente para o diagnóstico feito em território brasileiro.

35.5 PERÍODO DE CARÊNCIA

Durante o período de 90 (noventa) dias contados do início de vigência desta cobertura o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula.

No caso de solicitação de aumento do Capital Segurado, o período de carência prevalecerá para a parcela de capital aumentada.

35.6 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.



35.7 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data em que o Segurado for diagnosticado com a Doença Grave prevista como risco coberto e será pago sob forma de parcela única.

35.8 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora, além dos exames já descritos para cada uma das Doenças Graves, no item 2. Conceitos, os documentos listados a seguir:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c)** Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d)** Exames complementares que tenham sido realizados e por meio dos quais seja possível atestar o quadro clínico comprovante da Doença Grave coberta;
- e)** Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do Segurado;
- f)** Relatório detalhado do médico atestando o diagnóstico de Doença Grave prevista como risco coberto; e



- g) Diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 (dois) especialistas, quando a doença assim exigir.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

35.9 INFORMAÇÃO GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o Segurado venha a falecer. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Esta cobertura será regida pelas Condições Gerais do Seguro, além destas Condições Especiais.



36 DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS

36.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, quando constatada Doença Congênita de seu filho legítimo, **detectada no 1º (primeiro) mês de vida e, comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento**, devidamente comprovada por médico habilitado, e **durante a vigência da apólice**.

Para fins desta cobertura, entende-se como Doença Congênita aquela que nasce com o indivíduo, resultante da má formação do organismo.

36.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a Doença Congênita for decorrente de:

- a) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados, pela mãe, durante o período de gestação;
- b) Fator ambiental, constatado ou declarado por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e
- c) Eventos decorrentes de mau uso ou inabilidade de produtos químicos pela mãe, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
- d) natimorto; e
- e) Doença congênita preexistente ou conhecida durante o período de gestação ou antes do término do período de carência.



36.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para eventos ocorridos em Território Nacional Brasileiro.**

36.4 CARÊNCIA

Esta cobertura está sujeita a uma carência de 10 (dez) meses, a partir do início de vigência do seguro.

36.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

36.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data em que o filho legítimo do Segurado for diagnosticado com a Doença Congênita prevista como risco coberto, sendo considerada como data do evento a data da realização dos exames que especificam e caracterizam a doença, indicada na declaração médica.

O capital segurado será limitado a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da cobertura contratada pelo segurado titular.

Na hipótese de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.



36.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c)** Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d)** Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- e)** Cópia de todos os exames e laudos médicos que comprovem a Doença Congênita;
- f)** Cópia da certidão de nascimento do filho; e
- g)** Cópia atualizada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja segurada principal.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.



36.8 INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



37 DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

37.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir ao segurado o reembolso, **limitado ao valor do capital segurado**, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas **decorrentes exclusivamente de acidentes pessoais não considerados como riscos excluídos e ocorridos durante a vigência do seguro**, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal**.

O segurado terá direito à livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico

37.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando as despesas médicas, hospitalares e odontológicas do segurado resultarem de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com as despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma,



síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de riscos excluídos;

- d)** Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- e)** Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- f)** Estados de convalescença (após a alta médica);
- g)** Despesas de acompanhantes;
- h)** Internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- i)** Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- j)** Hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k)** Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por riscos não excluídos pelo seguro;
- l)** Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- m)** Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;



- n) Quaisquer doenças;
- o) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à 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;
- p) Luxações redicivantes de qualquer articulação;
- q) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) Ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

37.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é **válida somente para as despesas ocorridas em território brasileiro.**

37.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

37.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura



37.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente às despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas pelo segurado, **limitadas ao capital segurado vigente na data da ocorrência do acidente pessoal coberto.**

O capital segurado será automaticamente reintegrado após a ocorrência de cada evento.

37.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Aviso de alta médica (formulário fornecido pela seguradora);
- d) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- f) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;



- g) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- h) Exames médicos que tenham sido realizados;
- i) Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do segurado;
- j) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- k) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- l) Notas fiscais originais e faturas médico hospitalares, comprovando os gastos reclamados;
- m) Recibos originais de médicos ou contas hospitalares; e
- n) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

37.8 INFORMAÇÕES GERAIS

Se na época da ocorrência do risco coberto o segurado tiver outro(s) seguro(s) que lhe garantam o reembolso de despesas médico hospitalar e odontológicas, a responsabilidade desta seguradora será igual à



importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos capitais segurados em todas as apólices em vigor, nesta ou em outra(s) seguradora(s) na data da ocorrência do sinistro.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



38 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE

38.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de **indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado na apólice.**

A indenização será determinada por valores diários de internação hospitalar (independentemente das despesas efetuadas pelo segurado), **por causas exclusivamente decorrentes de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de carência e/ou franquia previsto.**

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, **observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.**

Para fins desta cobertura, considera-se:

- a) Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado do Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se consideram como “hospital” as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para álcool ou drogas; e**
- b) Internação hospitalar: é a internação em hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**



38.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente do segurado resultar de:

- a)** Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- b)** Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c)** Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;
- d)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- e)** 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f)** Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;



- g)** Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- h)** Estados de convalescença (após a alta médica);
- i)** Senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j)** Hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k)** Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto por este seguro;
- l)** Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m)** Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- n)** Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- o)** Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;



- p) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- q) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico;
- r) Ceratomia (cirurgia para correção da miopia); e
- s) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

38.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, ainda que o acidente causador possa ter ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.

38.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

38.5 FRANQUIA

O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de 15 (quinze) dias, a contar da data da ocorrência da internação.

38.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será aquele estabelecido na proposta, será proporcional ao período de internação do segurado e está limitado ao máximo de 365 (trezentas



e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente.

O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.

A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

38.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c)** Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- d)** Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- e)** Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- f)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do



Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;

- g) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- h) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- i) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
- j) Cópia do termo de curatela definitivo, em casos de acidente que acarrete alienação mental do segurado.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

38.8 INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.



O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



39 DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE

39.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização diária ao segurado, durante o período em que se verificar sua incapacidade temporária **decorrente exclusivamente de acidente que não seja considerado um risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, observada a franquia prevista e o limite máximo de diárias estabelecido por evento.**

Para fins desta cobertura, entende-se por incapacidade temporária a **impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

O tratamento médico deverá ter início nos 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente pessoal e, a cobertura será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

39.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a incapacidade temporária por acidente do segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua incapacidade;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou



indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;

- d)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- e)** 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f)** Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g)** Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h)** Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i)** Perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;



- j) Qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nestas condições especiais;
- k) Estados de convalescença (após a alta médica);
- l) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo SEGURO;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste seguro, 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;
- o) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- p) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- q) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- s) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;



- t) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- u) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- v) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

Não haverá cobertura quando a incapacidade temporária tiver início após 30 (trinta) dias da ocorrência do acidente pessoal.

39.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro.**

39.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

39.5 FRANQUIA

O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de 15 (quinze) dias, a contar da data do afastamento com comprovação de parecer médico.



39.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será aquele estabelecido na proposta, será proporcional ao período de incapacidade do segurado e está limitado ao máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente.

O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.

A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

39.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c)** Aviso de alta médica (formulário fornecido pela seguradora);
- d)** Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do



segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;

- f) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- g) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- h) cópia do comprovante de exercício da atividade profissional;
- i) Formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente;
- j) resultados dos exames médicos indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias etc. – laudos e imagens);
- k) Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do segurado;
- l) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente; e
- m) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado e comprovando o afastamento.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.



39.8 INFORMAÇÕES GERAIS

O reconhecimento de incapacidade ou invalidez por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



40 FRATURA DE OSSOS

40.1 OBJETIVO DA COBERTURA

Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento de uma indenização calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas, **no Item 3. Indenização desta cláusula**, aplicados sobre o valor do capital segurado definido para esta cobertura, **observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

A fratura de ossos, deve estar **relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído**, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

Para fins desta cobertura, define-se como:

- a) **Fratura completa:** ocorre quando fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em partes distintas;
- b) **Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os seguimentos ainda unidos;
- c) **Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) **Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- e) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- f) **Fratura dos dedos:** no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.



40.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:

- a)** Osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);
- b)** Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);
- c)** Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;
- d)** Acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- e)** Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- f)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- g)** 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;



- h) Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- i) Fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro; e
- j) Eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.

40.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para eventos ocorridos em Território Nacional Brasileiro.**

40.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

40.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

40.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será calculado sobre o valor do capital segurado definido na apólice, de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas abaixo:



Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	13%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

Em caso de ocorrência de um sinistro, o valor do capital segurado será reintegrado após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

O valor da indenização, depois de calculado com os percentuais da tabela acima descrita, será pago sob forma de parcela única.

40.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à Seguradora os seguintes documentos:



- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do Segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- e) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- g) Radiografia e outros exames complementares que tenham sido realizados do segmento atingido;
- h) Relatório detalhado do médico atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.



40.8 INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



41 AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE QUALQUER CAUSA

41.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir ao beneficiário o complemento do capital segurado para o reembolso das despesas com o funeral, em caso de morte do segurado principal, durante o período de vigência do seguro, **exceto quando decorrente de riscos excluídos.**

O beneficiário terá livre escolha quanto aos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

41.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua morte acidental;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro; e
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando decorrentes de riscos excluídos.

41.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida somente para as despesas realizadas em território brasileiro, embora o evento causador possa ter ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.



41.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

41.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

41.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente às despesas realizadas pelo beneficiário com o funeral do segurado, **limitadas ao capital segurado vigente na data da morte do segurado** e, será pago sob forma de parcela única.

41.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;



- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.



b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver.

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o Segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o Segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do Segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

A comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

Toda cópia de documento, nos casos em que se admitir, deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.



41.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



42 AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE QUALQUER COISA

42.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, em caso de morte do segurado, **exceto quando decorrente de riscos excluídos, ocorrida durante o período de vigência do seguro.**

42.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do segurado resultar de:

- a) Acidentes em que o segurado, sem devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- b) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro; e
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando decorrentes de riscos excluídos.

42.3 ÂMBITOS GEOGRÁFICOS

Esta cobertura é válida somente para as despesas realizadas em território brasileiro, embora o evento causador possa ter ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.



42.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

42.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

42.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente ao percentual do capital segurado da cobertura por morte definido na apólice, e vigente na data da morte do segurado e, será pago sob forma de parcela única.

42.7 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c)** Cópia da certidão de óbito;



- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência, além da documentação abaixo:



a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.

b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver.

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

42.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.



O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



43 INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR POR MORTE QUALQUER CAUSA

43.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização complementar ao(s) beneficiário(s) **dentro dos limites estabelecidos na especificação da apólice**, no caso de Morte do segurado, **desde que devidamente coberta pelo seguro, observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contratuais.**

43.2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos referidos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a morte do Segurado resultar de:

- a)** Acidentes que em o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- b)** Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando decorrentes de riscos excluídos.

43.3 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**



43.4 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

43.5 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

43.6 INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será correspondente ao capital segurado vigente na data da morte do segurado e, será pago sob forma de parcela única.

43.7 DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a)** Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b)** Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c)** Cópia da certidão de óbito;
- d)** Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;



- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.



b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver.

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

43.8 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.



Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



44 CLÁUSULAS SUPLEMENTAS

- Inclusão Automática de Cônjuges – IAC
- Inclusão Automática de Filhos – IAF
- Indenização Especial para Filhos – IEF



45 INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

45.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cláusula suplementar é garantir a possibilidade de inclusão, no seguro contratado, da cobertura para o cônjuge ou companheiro(a) do segurado titular, de acordo com as condições aqui previstas.

O(a) companheiro(a), para fins desta cláusula, é a pessoa com quem o segurado titular conviva em união estável, de forma pública e notória, com o objetivo de constituir família.

Para efeitos desta cobertura, as indenizações correspondentes à Morte do cônjuge serão pagas diretamente ao segurado principal e as indenizações correspondentes a cobertura de Invalidez por Acidente serão efetuadas diretamente ao próprio cônjuge segurado.

Não podem participar da cláusula suplementar os cônjuges e companheiras (os) que façam parte do grupo segurável de componentes principais.

Para comprovação da união estável deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Certidão de nascimento de filho(s) em comum;
- b) Certidão de casamento religioso;
- c) Declaração de Imposto de Renda do segurado em que conste o(a) companheiro(a) como seu(sua) dependente;
- d) Prova do mesmo domicílio;



- e) Registro em associação de qualquer natureza, em que conste o interessado como dependente do segurado;
- f) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção da união estável.

Não será admitido como companheiro(a) neste seguro a pessoa que conviva com o segurado titular que não estiver separado judicialmente ou de fato.

45.2 INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura terá início na data da contratação desta cláusula, observados os termos das condições gerais.

45.3 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado do cônjuge ou companheiro(a) será limitado a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da cobertura contratada pelo segurado titular.

45.4 COBERTURAS

Somente poderão participar do seguro os cônjuges que obedeçam às mesmas regras de aceitação do segurado titular, conforme definido na Apólice de Seguro, e poderão contratar as mesmas coberturas definidas para o segurado titular, com exceção da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

A declaração de saúde, quando solicitada, poderá ser feita pelo Segurado Titular, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura dos formulários mencionados, serão de responsabilidade do Segurado Titular.



45.5 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta cláusula todas as exclusões definidas nas condições gerais e especiais do seguro.

45.6 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

45.7 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

45.8 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

45.9 CANCELAMENTO DAS GARANTIAS DESTA CLÁUSULA

A cobertura do cônjuge ou companheiro(a) estará automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a)** Quando for cancelado o segurado do segurado titular;
- b)** Quando for cancelada esta cláusula, por solicitação do segurado titular;
- c)** Em caso de separação judicial ou de fato do casal, ou do cancelamento do registro da união de estável;



- d) Com o pagamento da indenização por morte ou de qualquer outra cobertura cuja indenização acarrete o cancelamento do seguro.

Em caso de morte ou cancelamento do seguro do segurado titular, o cônjuge ou companheiro(a) poderá permanecer no seguro, devendo, para tanto, formalizar seu interesse junto à seguradora.

45.10 DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;
- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;



- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.

b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver



c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

45.11 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



46 INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

46.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cláusula suplementar é garantir a possibilidade de inclusão, no seguro contratado, exclusivamente para a cobertura de morte, dos filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado titular, desde que devidamente comprovados de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se somente ao reembolso das despesas com o funeral, devidamente comprovadas, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado e;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

46.2 INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura terá início na data da contratação desta cláusula, observados os termos das condições gerais.

46.3 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado referente a esta cláusula suplementar será limitado a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da cobertura contratada pelo segurado titular.



46.4 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta cláusula todas as exclusões definidas nas condições gerais e especiais da garantia de Morte

46.5 ÂMBITOS GEOGRÁFICOS

Esta cobertura é **válida para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**

46.6 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

46.7 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

46.8 CANCELAMENTO DAS GARANTIAS DESTA CLÁUSULA

A cobertura do dependente estará automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a)** Quando for cancelado o seguro do segurado titular;
- b)** Quando for cancelada esta cláusula, por solicitação do segurado titular;
- c)** Com o pagamento da indenização por morte;
- d)** No caso de cessação da condição de dependente.



46.9 DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;
- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;



- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte accidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.

b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.



d) País

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

46.10 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



47 INDENIZAÇÃO ESPECIAL PARA FILHOS

47.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cláusula suplementar é garantir o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, para cada um dos filhos dos Segurado Principal, considerados dependentes, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, no caso de morte do segurado titular (independente da causa), ocorrido durante a vigência da apólice, observadas as Condições Contratuais e Especiais do Seguro.

47.2 INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura terá início na data da contratação desta cláusula, observados os termos das condições gerais.

47.3 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado referente a esta cláusula suplementar será limitado a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da cobertura contratada pelo segurado titular.

47.4 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta cláusula todas as exclusões definidas nas condições gerais e especiais da garantia de Morte.

47.5 ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre.**



47.6 CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

47.7 FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

47.8 CANCELAMENTO DAS GARANTIAS DESTA CLÁUSULAS

A cobertura do dependente estará automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) Quando for cancelado o seguro do segurado titular;
- b) Quando for cancelada esta cláusula, por solicitação do segurado titular;
- c) Com o pagamento da indenização por morte;
- d) No caso de cessação da condição de dependente.

47.9 DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:



Documentos do Segurado:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c) Cópia da certidão de óbito;
- d) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- e) Relatório médico (formulário fornecido pela seguradora), contendo laudo médico definitivo, em caso de morte natural;
- f) Laudo de necropsia ou cadavérico;
- g) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, em caso de morte acidental;
- h) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- i) Cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais, em caso de morte presumida;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente; e
- k) Cópia do laudo de dosagem alcoólica / toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (Instituto Médico Legal), em caso de morte



acidental. Caso não tenha sido feito, declaração do IML informando a não realização do exame.

Documentos do(s) Beneficiário(s):

Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do beneficiário, além da documentação abaixo:

a) Cônjuge

- Certidão de Casamento atualizada obtida em Cartório (segunda via após o óbito) ou cópia da concessão do benefício pelo órgão previdenciário.

b) Companheiro

- Comprovante de dependência junto ao Órgão Previdenciário ou cópia da Declaração de Imposto de Renda em que conste como dependente;
- Caso separado judicialmente, apresentar Certidão de Casamento com averbação de Separação Judicial; e
- Declaração pública comprovando o companheirismo, se houver

c) Filhos

- Certidão de Nascimento; e
- Declaração pública emitida por Cartório constando todos os filhos que o segurado teve em vida declarados como únicos, não se restringindo apenas aos do matrimônio.

d) Pais

- Declaração pública feita em cartório constando que o segurado faleceu no estado civil de solteiro ou viúvo e que não deixou filhos. Se o estado civil do segurado for viúvo, apresentar Certidão de Óbito do cônjuge.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.



Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá exigir outros documentos.

47.10 INFORMAÇÕES GERAIS

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Aplicam-se a esta cobertura as condições gerais do seguro, além destas condições especiais.



48 CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

A presente cláusula estabelece as condições de distribuição de Excedente Técnico ao Estipulante, quando houver resultado técnico na Apólice.

48.1 CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos Resultados da Apólice deve ser realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Caso o Estipulante venha a solicitar o cancelamento da apólice fora do seu aniversário, perderá o direito à distribuição da Participação dos Resultados da Apólice.

Para a aplicação da Cláusula de Excedente Técnico, será necessário que a apólice tenha vínculo Empregado/Empregador e, quando, durante o período, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 componentes principais.

48.2 APURAÇÃO DO RESULTADO

A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do resultado, com base no índice IPCA-IBGE, destinando-se ao Estipulante o percentual negociado de resultado apurado, definido nas Condições Contratuais.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido, em benefícios ao grupo segurado.

Para fins de apuração de resultado técnico considera-se como:



a) Receitas:

- Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
- Saldo da Reserva de IBNR do período anterior;
- Estorno de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- As recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador;

b) Despesas

- As comissões de corretagem pagas durante o período;
- As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- As comissões de agenciamento durante o período;
- Sinistros Avisados (pagos ou em análise) no período;
- Saldos Negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- As despesas efetivas de Administração da Seguradora;
- Saldo da Reserva de IBNR do período;
- Prêmios repassados ao Ressegurador, incluindo Catástrofe;
- Total das alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- Pis/COFINS.

A Reserva de Contingência de IBNR será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice, mas avisados após o mesmo.

Como Saldo da Reserva de IBNR do Período Anterior, entende-se o valor retido a este título, no período anterior ao da atual apuração.

Depois de decorridos 12 (doze) meses do cancelamento da apólice, será devolvido o saldo, correspondente ao percentual negociado de excedente técnico, da Reserva de IBNR (se existir) descontados os eventuais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e avisados após o cancelamento.



48.3 CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado nas Condições Contratuais e, está condicionado à renovação da apólice junto à AIG Seguros, por mais um período.