

CECICUIDA – SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

1) Descritivo das Coberturas

Morte Acidental (MA): garante aos beneficiários do Segurado o pagamento de indenização adicional correspondente ao valor de 100% (cem por cento) do capital segurado de Morte, na constatação da morte do Segurado em consequência de um acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro e coberto nos termos da Apólice.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um membro ou de um órgão, em decorrência de lesão física, causada por um acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro e coberto nos termos da Apólice, até 100% (cem por cento) do capital segurado de Morte, observada a tabela para cálculo de percentuais de indenização.

Funeral Individual (AFI): Garante ao segurado a prestação de serviços em território nacional, acionada através da Central de Atendimento 24 horas, relacionadas ao velório e sepultamento ou, no caso em que esta não puder ser executada, o reembolso de despesas diretamente relacionadas ao velório e sepultamento do segurado.

Diagnósticos de Doenças Graves Opção III (DDG): O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao beneficiário indicados, quando for o caso, decorrentes de uma das doenças graves, nas opções do plano contratado, diagnosticada durante a vigência da apólice, em conformidade as disposições das condições gerais e condições especiais. Idade máxima de permanência para esta cobertura: 74 (setenta e quatro) anos.

Doenças cobertas neste Plano:

- Câncer;
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- Insuficiência Coronariana ou Infarto Agudo do Miocárdio
- Transplante de órgãos; (na qualidade de receptor, dos seguintes órgãos: Coração, fígado, pulmões, rim; pâncreas e medula óssea)
- Alzheimer
- Insuficiência Renal Crônica
- Surdez Total
- Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (By-pass)
- Diagnóstico de Cegueira Legal

Carência para DDG: 90 (noventa) dias do início do risco individual.

Franquia para DDG: 30 (trinta) dias do diagnóstico.

Despesas Médicas, Hospitalares E Odontológicas (DMHO): Tem por objetivo, garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

Diárias Por Internação Hospitalar (DIH): Esta cobertura tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, principal ou dependente, em caso de hospitalização em decorrência de Doença ou acidente coberto, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

Diárias Por Internação Hospitalar UTI (DIH-UTI): Esta cobertura tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, principal ou dependente, em situações críticas de saúde, ajudando a cobrir despesas médicas, tratamentos ou outras necessidades decorrentes da internação em UTI. Respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

Carência para DIH e DIH-UTI: 90 (noventa) dias do início do risco individual. Não se aplica carência para internações decorrentes de acidente.

Franquia para DIH e DIH-UTI: 02 (dois) dias.

Auxílio Cirurgia (AC): Estão cobertos os tratamentos cirúrgicos necessários ou de urgência, realizados em hospital, com internação por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrentes de doença ou acidente pessoal atestado pelo médico assistente do Segurado. A cobertura garantida pelo seguro não contempla cirurgias decorrentes de doenças preexistentes ou estéticas. Será devido por uma única vez o capital contratado ao Segurado, independentemente do número de procedimentos a que vier ser submetido, decorrentes do evento causador da internação hospitalar.

Carência para AC: 180 (cento e oitenta) dias do início do risco individual. Não se aplica carência para tratamentos cirúrgicos decorrentes de acidente.

2) Descritivo dos Serviços:

2.1) PROGRAMA TEM SAÚDE

Rede **TEM Familiar** (titular, cônjuge e filhos até 21 anos, limitado a 5 pessoas).

- Rede TEM de consultas médicas presencial com desconto,
- Rede TEM de consultas médicas via telemedicina com desconto,
- Rede TEM de exames laboratoriais com desconto,
- Rede TEM de odontologia com desconto,
- Rede TEM de saúde complementar com desconto (psicologia, nutrição, fisioterapia etc.)
- Desconto em medicamentos (a partir de 15% para medicamentos de marca tarjados e a partir 30% genéricos tarjados, em mais de 6.000 unidades em todo o Brasil, bastando informar o CPF no balcão).

2.2) TELEMEDICINA FAMILIAR: Assistência que oferece o atendimento médico, por clínico geral, em consultas, via telemedicina por vídeo chamada, tendo a possibilidade de: prescrições medicamentosas, solicitação de exames, atestados médicos de acordo com a conduta do médico atendente. Atendimento de consulta realizado pela rede TEM, na especialidade de clínica geral, por meio de plataforma online, ou por link de acesso online. Caso indicado pelo Clínico Geral, o paciente será direcionado para agendamento de consulta com especialista sem custo. Principais especialidades:

- Cardiologia
- Clínico Geral
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Imunologista
- Obstetrícia
- Mastologia
- Médico da família
- Nefrologia
- Neurologia

- Oftalmologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Reumatologia
- Urologia
- Psicologia
- Nutrição

As consultas eletivas podem ocorrer:

- ✓ na hora (**pronto-atendimento**),
- ✓ ou agendando para o horário mais apropriado, via central de atendimento, app.

Serviço estendido ao cônjuge do segurado titular e filhos dependentes do mesmo.

2.3) Programa TEM VIDA LEVE

Este programa oferece atendimento com nutricionistas, preparadores físicos e psicólogos, combinados com conteúdo sobre bem-estar e qualidade de vida para garantir hábitos saudáveis aos usuários.

Serviços do Programa TEM Viva Leve:

Programa de Hábitos Saudáveis

O programa oferece atendimento com nutricionistas, preparadores físicos e psicólogos, com cardápios e treinos personalizados, através de 1 consulta on line por mês.

Itens inclusos:

- . Processo de boas-vindas, para apresentar o programa e realizar a anamnese;
- . Contato mensal por mensagem de WhatsApp para acompanhamento;

Monitoramento facial da saúde + Bem-estar digital

Esse programa monitora os sinais vitais por meio de escaneamento facial, armazena e analisa os dados através de algoritmo. Alertas de acionamento da Central de Especialistas e Saúde da Família para acionamento em casos de emergência.

- . Indicadores monitorados:
- . Variação de frequência cardíaca
- . Nível de oxigênio (saturação)
- . Pressão Arterial
- . Nível de estresse
- . Índice de saúde geral

Mais de 5.000 conteúdos em formato de e-book e vídeo sobre alimentação saudável, treinos, aulas de ioga, receitas saudáveis, meditação e muitos outros temas relacionados ao bem-estar. Solução ainda oferece Rede de

Academias no modelo pay-per-use, recursos para monitorar a quantidade de água ingerida, um diário de humor do usuário.

Programa de Saúde Mental

Através de questionários sobre hábitos do usuário realiza a classificação da saúde mental e indica protocolos de acordo com os riscos mapeados de ansiedade, depressão, burnout, entre outros. Programa inclui 2 atendimentos mensais com psicólogo, no modelo terapia, o paciente é atendido sempre pelo mesmo profissional.

Itens inclusos:

- . Processo de boas-vindas, para apresentar o programa e realizar a anamnese;
- . Contato mensal por mensagem de WhatsApp para acompanhamento;
- . Telemedicina Pronto Atendimento para avaliação de emergência;

3) Planos

Individual – Pessoa Física;

4) Capitais e Custos Mensais

Coberturas	Capital Segurado – R\$
Morte Acidental – MA	100.000,00
Invalidez Permanente Total ou Parc. Por Acidente – até 100%	100.000,00
Despesas Médico Hospitalares/Odontológicos 10% limitado à	10.000,00
Diárias de Internação Hospitalar- até 75 diárias de =>	1.000,00
Diárias de Internação Hospitalar- UTI - até 75 diárias de =>	2.000,00
Auxílio Cirurgia	30.000,00
Doença Graves – III	20.000,00
Funeral Individual – Decessos - até	7.000,00
Telemedicina Familiar	‘-x-
Tem Saude Descontos em Medicamentos	‘-x-
Vida Leve (combo)	‘-x-
Custo Mensal	R\$ 159,00

5) Outras Condições:

5.1) Poderão ser aceitos os proponentes que estejam em plena atividade laboral e em perfeitas condições de saúde, que não apresentem doenças preexistentes e que tenham idade de **14 (quatorze) até 65 (sessenta e cinco)** anos na data de sua aceitação no seguro.

A aceitação será avaliada mediante a análise da Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde (DPS) Simplificada.

Sem limite de permanência, a exceção da cobertura de **DDG** que é de 74 anos (setenta e quatro) anos.

6. Aviso de Sinistro

Os sinistros ocorridos deverão ser informados pela Estipulante à **allseg seguradora S/A**, por escrito,

imediatamente quando do seu conhecimento, por carta, e-mail ou telegrama e posteriormente deverá ser encaminhada a documentação para regulação e liquidação.

Obs.: A relação de documentos necessários para a liquidação de sinistros encontra-se nas Condições Gerais, que faz parte integrante da apólice.

7. Beneficiários

7.1. O Segurado principal deverá indicar na proposta de adesão, pessoa(s) física(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto;

7.1.1. Na falta de indicação de beneficiários ou se porventura não puder ser aplicada a que for realizada, os beneficiários ficam designados de conformidade com o Código Civil Brasileiro;

7.1.1.1. Para o Segurado casado ou que tenha união conjugal estável, na ocorrência de um evento coberto pelas condições contratuais pactuadas, a indenização será feita por metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecido à ordem da vocação hereditária.

7.1.2. Equiparam-se às esposas as companheiras dos Segurados, desde que reconhecidas pela Previdência Social como beneficiárias e/ou junto ao Ministério da Fazenda como dependentes, comprovada a união estável;

7.1.3. Para o Segurado solteiro ou viúvo, que não viva em união estável, a indenização será integralmente destinada aos seus herdeiros, conforme legislação aplicável;

7.1.4. Finalmente, na falta das pessoas indicadas acima, serão beneficiárias as pessoas que provarem em juízo que a morte dos respectivos Segurados principais as privou de meios necessários e indispensáveis à própria subsistência;

7.2. A qualquer tempo, o Segurado principal poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na allseg seguradora S/A.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 11 "Capital Segurado" das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Adesão.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no

item 4. “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
 - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
 - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 11 “Capital Segurado” das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Adesão.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

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

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

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

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

1.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já

defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.8. Se contratadas as indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
----------------------	---------------	----------------------------

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 e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL (MEMBROS SUPERIORES)	Perda total de 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 radio-ulnais	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do respectivo dedo.	---

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL (MEMBROS 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 tíbio-peroneiros	25

	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a 1/2 (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	---
	Encurtamento de um dos membros inferiores: • de 5 (cinco) centímetros ou mais • de 4 (quatro) centímetros • de 3 (três) centímetros • menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
MANDÍBULA	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
NARIZ	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	Lesões das Vias Lacrimais:	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06

	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
	- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
ANQUILOSES	Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	-
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	-
	Perda do Braço	15

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
APARELHO URINÁRIO	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	Perda de um rim:	
	Função renal preservada	15
	Redução em grau mínimo da função renal	25
	Redução em grau médio da função renal	50
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Insuficiência renal	75
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
PAREDE ABDOMINAL	Perda do útero depois da menopausa	10
	Hérnia traumática	10
SINDROMES PSIQUIÁTRICAS	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
	Síndrome pós-concussional	10
PESCOÇO	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50

TORAX	Insuficiência respiratória	75
	MAMAS	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia parcial	10
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TORAX	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
	Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
	Colectomia total	60
	Colostomia definitiva	50
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

3.4. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de

forma automática, após ocorrência de cada evento coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao Segurado proceder conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consultante/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

5.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

6. JUNTA MÉDICA

6.1 É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela

Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

6.2 Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- b) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas por esta cobertura as despesas decorrentes de:

- a) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- b) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- c) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- d) Danos estéticos;
- e) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- f) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGUADO

- 3.1. O Capital Segurado Individual, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO

- 4.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em complemento ao item 15 – “Procedimentos em caso de Sinistros” das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:
 - a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - b) Número de telefone para contato;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características das lesões sofridas e exames médicos que estejam relacionados com as lesões/sequelas;
 - g) Comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices

distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula.
- 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver.
- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

- o o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e da Proposta de Adesão.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

1.2.1.1. Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos Capitais Segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar cessará, automaticamente, quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- b) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia) ;**
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;**
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer**

- doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
 - g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
 - i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
 - j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
 - k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
 - l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
 - m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
 - n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
 - o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
 - p) Internação domiciliar;
 - q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
 - r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
 - s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
 - t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1. No caso da cobertura de Diária por Internação Hospitalar prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – DIH-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar em unidade intensiva de tratamento, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e da Proposta de Adesão.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

1.2.1.1. Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos Capitais Segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3. A cobertura de Diária por Internação em UTI cessará quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- b) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação na Unidade Intensiva de Tratamento.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1. No caso da cobertura de Diária por Internação em UTI prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – DG-III

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada(s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Adesão.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência

- humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual; e) Qualquer neoplasia benigna;
 - e) Carcinoma microinvasivo da mama;
 - f) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
 - g) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no Segurado receptor.

1.3.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5. ALZHEIMER

1.3.5.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2. Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3. Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2. Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1. Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3. Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1. Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

1.3.10.2. Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11. ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1. Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas.

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2. Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3. Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que estejam em remissão (sem sintomas).

1.3.12. PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1. Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2. Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13. DOENÇA DE PARKINSON

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

1.3.13.2. Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3. Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - AF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso das despesas realizadas ou a disponibilização dos serviços de assistência, limitado ao Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, para o funeral do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, no caso de seu falecimento decorrente de causas naturais (doenças) ou Acidente Pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 1.2 A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.
- 1.3 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.
- 1.4 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.
- 1.5 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**
- 1.6 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:
 - Nome do Segurado
 - CPF
- 1.6.1 Para planos abrangendo dependentes ou agregados, além das informações do segurado acima, deverá informar:
 - Nome do sinistrado e grau de parentesco
 - CPF sinistrado
 - Comprovante do grau de parentesco
- 1.6.2 Confirmados os dados do Segurado ou do sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.6.3 Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- Declaração de óbito (ou certidão de óbito)
- RG e CPF do segurado e do sinistrado em caso de planos com abrangência de dependentes ou agregados

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e seu valor estará descrito de forma expressa na Apólice de Seguro.

2.2 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do Segurado.

2.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

2.4 Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.

2.5 As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.

2.5.1 Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do Capital Segurado desta cobertura.

2.6 Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:

- a) **Assistência Funeral – Individual:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.
- b) **Assistência Funeral - Familiar:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.
- c) **Assistência Funeral - Familiar Ampliado:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.

2.6.1 **Para** fins desta cobertura, deve ser considerado:

- I. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a) Principal
 - a. O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

- II. Filhos – são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal, conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência.
- Véu: véu simples para cobrir o corpo.
- Capela: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- Cremação: Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- Flores: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- Preparação do Corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- Presença: livro ou folha para assinaturas.
- Parâmetros: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- Jazigo: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- Traslado: transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

- Transmissão de Mensagens Urgentes: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

3.2 A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora sem aviso prévio.

3.3 O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.4 Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se está for devida.

4. RISCOS EXCLUÍDO

Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. compra de roupas em geral;**
- b. anúncio em rádio ou jornal;**
- c. missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- d. xerox da documentação;**
- e. fornecimento de café, bebidas e refeições em geral;**
- f. compra de Jazigo ou similares;**
- g. confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
- h. confecção de lápides e/ou gravações;**
- i. aquisição de cruzeiros e/ou outros símbolos, religiosos ou não;**
- j. reforma em geral no jazigo;**
- k. exumação de corpo em jazigo da família ou de terceiros;**
- l. pagamento de custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- m. necromaqueia;**
- n. execução de técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;**
- o. despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.**

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado/Beneficiário ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, pelos meios disponibilizados pela seguradora.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do evento.

6.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

6.3.1 Documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Certidão de óbito; e
- e) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

6.3.2 Para os planos com abrangência de dependentes ou agregados, além dos documentos acima, deverá ser encaminhado:

- a) Carteira de identidade ou equivalente (segurado e sinistrado);
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número) (segurado e sinistrado);
- c) Comprovante de vínculo com o segurado e sua dependência, conforme apresentado no item 2.6.1 destas condições especiais.

6.3.3 Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência; e
- f) Número de telefone para contato.

6.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

6.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

7.1A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

7.2Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

7.2.1 Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

7.2.2 Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 7.2.1 desta cláusula;

7.2.3 Se a quantia a que se refere o item 7.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

7.3Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE RISCOS ALEATÓRIOS – AUXÍLIO CIRURGIA

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do 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.gov.br.

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

O Segurado, Estipulante e Subestipulante, ao assinarem as propostas, declaram tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.

Estas Condições Gerais e as demais Condições Contratuais ficam à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da Proposta de Adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.

Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, Estipulante ou aos Beneficiários.

As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

1. DEFINIÇÕES

Aborto espontâneo não provocado: Para fins desse seguro, aborto espontâneo não provocado é quando a perda do feto não é consequência de manipulação voluntária.

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

Agravação de Risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo Estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Aviso de sinistro: é a obrigatória e formal comunicação à Seguradora da ocorrência de evento caracterizado durante a vigência da Apólice de seguro e coberto pelas suas Condições Contratuais, observados os prazos-limite previstos no Código Civil Brasileiro sobre a matéria.

Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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.**

Capital Único Familiar: É o valor total da verba contratada para o seguro, que será dividida em partes iguais pelo total de participantes do núcleo familiar elencado no momento da contratação do seguro. Em caso de evento coberto, o valor do Capital Único Familiar, será pago na proporção cabível aquele participante, sendo este valor reduzido do valor do Capital Único Familiar restante até o término de vigência, ou nova utilização.

Carência: 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 à percepção dos capitais segurados contratados.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Cirurgia Eletiva: é aquela necessária para tratamento médico do Segurado, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em data escolhida por ele ou pelo médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cirurgia Plástica Reparadora: é aquela que tem como objetivo corrigir lesões deformantes, defeitos congênitos ou adquiridos.

Cirurgia Plástica Estética: é aquela realizada com o objetivo de realizar melhoras à aparência pessoal.

Cobertura: numa acepção ampla, é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e quando couber, do Estipulante.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante/subestipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes.

Corretor de Seguros: profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

Custeio do Seguro: não contributivo – Em que os segurados não pagam o prêmio do seguro; ou, contributivo – Em que os Segurados pagam o prêmio do seguro, de forma total ou parcialmente.

Data de Exigibilidade: é a data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização e recebimento ou devolução de prêmios do seguro, conforme previsto nestas condições.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento formal integrante da Proposta de Adesão em que o proponente ou segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

Documentos Contratuais: a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

Doença: é o processo mórbido, definido pela perda ou perturbação da saúde de um indivíduo, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que o leva a tratamento médico, internação ou afastamento do trabalho.

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

Doenças ou Lesões Preexistentes: doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Adesão.

Download: ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.

Dolo: vontade deliberada e consciente de produzir dano, através de artifícios e providências fraudulentas praticadas pelo Segurado ou por pessoa diretamente interessada nos resultados, para legitimar reclamação de prejuízo e receber indenização.

Emolumentos: corresponde a impostos e custo de emissão da apólice, quando existentes.

Endosso/aditivo: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Estipulante/Subestipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário do seguro.

Franquia: é o período ou valor não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Hospital: para os fins destas Condições Gerais, é o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico à pacientes internados.

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada que deu origem ao sinistro.

Índice de Atualização de Valores: índice econômico adotado pela Seguradora para atualização de valores deste plano de seguro, que é o IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); em caso de extinção, será adotado o que o suceder.

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

Internação Hospitalar: é a admissão do Segurado em hospital, para tratamento cirúrgico com fim terapêutico, decorrente de doença ou acidente, que exija período mínimo de internação de 24 horas, **observados os riscos excluídos constantes destas Condições Gerais.**

Juros de Mora: encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor previsto neste plano de seguro. É aplicado após a aplicação do índice de atualização de valores.

Laudo Médico: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Liquidação de Sinistro: expressão usada para indicar o pagamento da indenização. É a etapa seguinte à da conclusão da regulação do sinistro.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins.**

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na Susep previamente à comercialização.

Paciente Internado: É aquele que, admitido no hospital, passa a ocupar um leito hospitalar.

Período de Cobertura (ou Vigência): aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prêmio: importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

Prescrição: é a perda de direito de ação para reclamar as obrigações previstas no Contrato, em razão do transcurso dos prazos fixados pela Lei.

Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

“Pro rata temporis”: forma de cálculo proporcional aos períodos de vigência decorrido e a decorrer, utilizada em situações previstas nestas Condições Gerais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

Risco: evento incerto ou de data incerta e que independe da vontade das partes contratantes, contra o qual é feito o seguro;

Risco coberto: é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: são aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. Quando houver a contratação da cobertura de Cônjuge e Filhos, estes serão considerados como sendo Segurados Dependentes.

Seguradora: é a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Seguro: contrato pelo qual a Seguradora, mediante a cobrança de Prêmio, se compromete a pagar ao Segurado ou o Beneficiário o Capital Segurado, pela ocorrência do evento coberto pela Apólice;

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

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, no caso de ser realizado tratamento cirúrgico em regime de internação em hospital por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, o pagamento do capital segurado contratado e especificado na apólice, observadas as disposições destas Condições Gerais e demais Condições Contratuais. O pagamento de eventos cobertos será feito no valor do capital segurado contratado, observado os termos do item 11.3, sendo este o limite máximo a ser pago pela Seguradora.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

3.1 Este seguro abrange os eventos cobertos, pelas coberturas contratadas, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. COBERTURA

4.1. Auxílio Cirurgia: Este plano de seguro garante o pagamento do Capital Segurado contratado caso o Segurado se submeta a **tratamento cirúrgico em regime de internação em hospital por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas**, respeitadas as exclusões previstas na cláusula **RISCOS EXCLUÍDOS**.

4.1.1 Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuge – A extensão da cobertura ao Cônjuge poderá ser feita de forma Automática ou Facultativa
- b) Inclusão de Filhos – A extensão da cobertura aos Filhos poderá ser feita exclusivamente de forma automática.

4.1.2 Os capitais contratados para o Segurado Dependente, não podem ser superiores ao capital do Segurado Titular.

4.2 - Riscos Cobertos

4.2.1 Estão cobertos os tratamentos cirúrgicos eletivos ou de urgência, realizados em hospital, com internação por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrentes de doença ou acidente pessoal atestado pelo médico assistente do Segurado, observadas as carências quando aplicáveis.

4.2.2 A cobertura garantida pelo seguro não contempla cirurgias decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, assim como acidentes ocorridos antes do início de vigência da apólice.

4.2.3 Doenças preexistentes são definidas como aquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2.4 Será devido por uma única vez o capital contratado ao Segurado, independentemente do número de procedimentos a que vier ser submetido, decorrentes da mesma internação hospitalar.

4.2.4.1 O capital segurado do cônjuge e filhos não poderá ultrapassar a 100% (cem) por cento do capital segurado do segurado titular.

4.2.4.1.1 Quando a contratação das coberturas suplementares de cônjuge e filhos, se derem na forma de Capital Único Familiar, o capital segurado contratado será dividido pela quantidade de participantes do núcleo familiar declarado na proposta de adesão na contratação do seguro.

4.2.5 Deverá ser especificado na apólice do seguro, se após o pagamento da indenização o Segurado será cancelado ou poderá permanecer ativo na apólice, **sem verba de utilização**, até a data da renovação da apólice, período que será reintegrado o valor do capital segurado contratado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos da cobertura do seguro os eventos cirúrgicos decorrentes de:

- a) **doenças preexistentes diagnosticadas em data anterior ao início de vigência do seguro, isto é, quaisquer doenças de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- b) **acidentes, mesmo que com complicações tardias, que tenham ocorrido em data anterior ao início de vigência do seguro;**
- c) **cirurgia com finalidade estética;**
- d) **internações para quaisquer fins, que não sejam cirúrgicos nos termos destas Condições Gerais;**
- e) **cirurgia eletiva, quando realizada no período de carência;**
- f) **cirurgia plástica reparadora, exceto quando decorrente de risco coberto;**
- g) **qualquer tipo de cirurgia para tratamento de obesidade;**
- h) **cirurgia para mudança de sexo, tratamento de esterilidade, inseminação artificial, controle de natalidade ou suas consequências;**
- i) **cirurgias decorrentes de gravidez, exceto no caso das consequências provocadas no caso de acidente pessoal coberto ou decorrentes de aborto espontâneo não provocado, nos termos apresentados na Cláusula de Definição dos termos técnicos. Em nenhuma hipótese está coberto o parto em si;**
- j) **métodos endoscópicos, métodos intervencionistas por imagem (através de radiologia intervencionista e/ou ultras-sonografia) para quaisquer finalidades;**

l) procedimentos por hemodinâmica-cardiológica intervencionista para quaisquer finalidades.

5.2 - Não estarão cobertos os procedimentos cirúrgicos realizados em estabelecimentos não considerados como sendo hospitais, tais como:

- a) ambulatorios ou clínicas, mesmo que autorizadas para execução de procedimentos cirúrgicos;**
- b) instituições para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
- c) clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
- d) clínicas de convalescença de tratamento médico do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes pessoais;**
- e) clínicas para tratamento de obesidade e estética.**
- f) UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), consultórios, clínicas de oftalmologia e de odontologia, postos de saúde, ambulatorios e outros estabelecimentos, públicos ou privados, não enquadrados como hospital.**

5.3 - Também estão excluídos da cobertura do seguro os eventos cirúrgicos decorrentes de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição às radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridas em testes, experiências ou transporte; em armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas ou não, com quaisquer finalidades;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar;**
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;**
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) lesão intencionalmente auto infligida que tenha como consequência a realização de cirurgia, ressalvada a consequência de caso de tentativa de suicídio ocorrida após dois anos da vigência inicial do contrato;**
- h) suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;**

6. SEGURÁVEIS

6.1 São seguráveis todas as pessoas físicas que apresentem vínculo com o Estipulante, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

6.2 A inclusão dos proponentes seguráveis, Segurado ou Segurado Dependente (cláusula suplementar para Cônjuge e Filhos) será feita por solicitação do Estipulante, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão e se dará de acordo com uma das seguintes condições:

- Automática, quando o seguro abranger todos os proponentes;
- Facultativa, quando o seguro abranger somente os proponentes segurados que autorizarem a sua inclusão e a de seus Dependentes no seguro.

7. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

7.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

7.2 A celebração, alteração, bem como a renovação não automática do presente seguro, somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo Proponente, seu Representante Legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo Corretor de Seguros. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3 A proposta de adesão deve ser preenchida sem rasuras, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

7.3.1 A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

7.4 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do Proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

7.4.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.4.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas

informações adicionais.

7.5 A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

7.6 Deverá constar na proposta o critério de aceitação para a data de aceitação da proposta devendo ser a que ocorrer primeiro entre:

I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;

II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III - a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.4 desta cláusula.

7.7 A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao Proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

7.8 No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

7.9 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9.1 Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.9 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na Cláusulas 15 e 16 “Atualização das Obrigações Pecuniárias” e “Aplicabilidade de Mora”.

7.10 A Seguradora emitirá e enviará a apólice, e o certificado individual, no início do seguro e em cada renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

7.11 Alteração do Seguro

7.11.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

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

7.11.3 Para os seguros contratados com custeio contributivo, qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.11.4 Quando o pagamento do seguro se der sob a forma de pagamento parcelado, o cálculo do prêmio do seguro a cobrar ou a restituir decorrentes de alterações contratuais na apólice, será feito na forma “pro rata temporis”;

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

8. VIGÊNCIA

8.1 As apólices, aditivos e endossos terão seu início e término de vigência às 24(vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.1.1 Quando o Prêmio for pago através de desconto em folha, o Risco individual terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto, ainda que por qualquer motivo, os salários não sejam pagos naquela data.

8.1.2 O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

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

8.2 Término de Vigência da Cobertura Individual

A cobertura de cada segurado cessará:

- a) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, dando-se a caducidade do seguro e ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao Prêmio pago;
- c) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do Prêmio;
- d) Se o Segurado, os Prepostos ou os Beneficiários agirem com dolo, fraude ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter vantagem com a ocorrência do Sinistro;
- e) No caso do item “b” o Segurado poderá continuar coberto pela Apólice, caso queira assumir o custo total do seguro, desde que haja concordância da Seguradora.

9. RENOVAÇÃO

9.1 A Seguradora poderá efetuar a renovação automática, uma única vez, por igual período ao da primeira contratação, **salvo se o Estipulante/Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

9.2 As renovações posteriores à eventual renovação automática da apólice, poderão ser efetuadas por meio de concordância expressa do Estipulante/Subestipulante.

9.2.1 Nos seguros com contratação na forma de custeio contributivo, tanto na renovação ou alteração contratual, que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

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

10. CARÊNCIA E FRANQUIA

10.1 Carência:

10.1.1. Para os eventos cobertos pelo presente seguro, observado as disposições do subitem 10.1.2., será adotada carência de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de início de vigência de cada Segurado, ou da sua recondução depois de suspenso, devendo constar na apólice e certificado individual.

10.1.2 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

10.1.3 O prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não excederá à metade do prazo de vigência previsto para a vigência do seguro, respeitado o limite de dois anos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de Carência.

10.2 Franquia

10.2.1 – Não haverá aplicação de franquia

11. CAPITAL SEGUADO

11.1 O Capital Segurado, será indicado na apólice e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

11.2 Quando os capitais segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos comprováveis tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes, ou outros a determinar.

11.3 O capital segurado do cônjuge e filhos não poderá ultrapassar a 100% (cem) por cento do capital segurado do segurado titular.

11.4 Poderá ser estipulado Capital Único Familiar, quando da contratação das coberturas suplementares de cônjuge e filhos, neste caso, na ocorrência de um evento coberto, o valor do Capital Segurado contratado será dividido em partes iguais pela quantidade de participantes do seguro, que compõem o grupo familiar efetivamente aceito e coberto.

11.4.1 O Capital Segurado Máximo do Segurado Titular, dos seus Dependentes ou ainda quando da opção de contratação do Capital Único Familiar, estará determinado na apólice e nenhuma indenização será realizada com valor superior ao estipulado na apólice.

11.5 Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem a devida solicitação expressa do Segurado, salvo nos casos de contratação do Capital Único Familiar, onde o Capital Segurado será reduzido de acordo com a utilização dos participantes do núcleo familiar relacionados na contratação do seguro.

11.4 Em caso de sinistros, com pagamento da indenização do Capital Segurado contratado, seja o Segurado Titular, Cônjuge ou Filhos, ou ainda, nos casos de pagamento total do Capital Único Familiar, **o seguro ficará ativo, sem verba de utilização**, até a renovação da apólice, quando o capital será reintegrado.

11.6 A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro é a data da realização do ato cirúrgico coberto.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

12.1 O prêmio deste seguro poderá ser pago anualmente ou mensalmente, conforme especificada na apólice do seguro, podendo ainda ser escolhida outra forma de pagamento, desde que especificada na apólice.

12.2 Para fins do seguro e de acordo com a declaração constante do contrato, o custeio do prêmio poderá ser Contributário, onde os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente, ou Não Contributário, onde o Estipulante/Subestipulante paga totalmente o prêmio do seguro.

12.3 É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas parcelas emitidas pela Seguradora.

12.4 Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.5 **É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido, caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.**

12.6 **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

12.7 Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.8 A falta de pagamento da primeira parcela, implicará no cancelamento do seguro, mediante comunicação expressa da seguradora.

12.9 **Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do**

seguro, conforme disposto no item 12.10 destas Condições Gerais, e na hipótese de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.10 Atraso nos pagamentos das demais parcelas do seguro

12.10.1 A falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, seja o Seguro contributivo ou não contributivo, acarretará na imediata e automática suspensão do seguro e de suas coberturas, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a Seguradora pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

12.10.2 Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da Apólice, será vedada a cobrança de Prêmio em atraso.

12.10.3 Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice ou do Certificado Individual, ao exclusivo juízo da Seguradora, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com Prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12.10.4 Decorridos 3 (três) parcelas em atraso, consecutivas ou não, a seguradora notificará o estipulante do cancelamento do seguro. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.10.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.11 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, exceto nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento do valor devido em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.

12.11.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

13.1 Ocorrendo evento coberto pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante/Subestipulante, pelo Segurado ou beneficiários do

Segurado, quando for o caso, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado as disposições apresentadas nesta cláusula.

13.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do capital segurado quando da liquidação de sinistros, a data da cirurgia realizada em hospital.

13.3 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

13.4 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou dos beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora e as eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, sendo estas totalmente de responsabilidade da Seguradora.

13.5 O pagamento do Capital Segurado será efetuado, de uma única vez, salvo disposição em contrário, especificada na apólice, ao próprio segurado, ou beneficiário, quando for o caso, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo observado ainda os itens 13.7, 13.7.1, destas Condições Gerais:

13.5.1 Documentos básicos para habilitação ao recebimento do capital segurado devido:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Cópia simples do RG e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de internação hospitalar oficial para realização de cirurgia;
- e) ficha de alta hospitalar especificando o procedimento cirúrgico realizado;
- f) Resultado de todos os exames realizados pelo Segurado que estejam relacionados ao evento;
- g) Laudo do primeiro atendimento médico com a descrição detalhada das lesões/sintomas apresentados e procedimentos realizados até a data da cirurgia;
- h) laudo médico especificando o diagnóstico pré e pós-operatório; no caso de cirurgias que envolvam retirada de órgãos e/ou tumores, com necessidade de apresentação de cópia do exame histo-patológico;
- i) boletim de ocorrência policial – BO, no caso de acidente;
- j) carteira nacional de habilitação (quando houver certeza ou indício de que o acidente tenha sido provocado por veículo dirigido pelo Segurado);
- k) Cópia simples do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;

- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

13.5.2 Na hipótese de pagamento ao beneficiário:

- a) Em caso de Beneficiário, Certidão de casamento atualizada ou comprovante de união estável
- b) Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- d) No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência;

13.6 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

13.7 A Seguradora poderá, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

13.7.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

13.8 Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 13.5, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora nos termos da legislação específica, conforme Cláusula – “Aplicabilidade de mora”, contados a partir do término do prazo previsto no item 13.5 destas Condições Gerais;

- atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e Multa nos termos da legislação específica, conforme Cláusula – “Aplicabilidade de mora”,

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

13.10 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no item 13.5 acima.

13.11 Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

13.12 Quando previsto na apólice, nos termos apresentados no item 4.2.5 da Cláusula – “Cobertura”, destas condições contratuais, o pagamento da indenização no valor total do Capital Contratado, não cancela o seguro, ficando este apenas ativo, **sem verba de utilização** até a renovação da apólice, quando se reintegrará a totalidade do Capital Contratado para a nova vigência do seguro.

13.13 O pagamento da indenização, não exime o segurado da continuidade do pagamento do prêmio até o término de vigência do seguro, data em que o seguro poderá ser renovado e o capital segurado reintegrado.

13.14 Eventuais divergências de natureza médica serão dirimidas por 02 (dois) médicos, sendo um nomeado pelo Segurado/Beneficiário e outro pela Seguradora. Caso haja necessidade, será nomeado um terceiro médico, desempatador, escolhido por comum acordo. Cada uma das partes pagará os honorários e exames requeridos pelos médicos que tiverem designado. O médico desempatador será pago pelo Segurado/Beneficiário e pela Seguradora em partes iguais.

13.15 Junta Médica

13.15.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

13.15.3 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.

13.16 Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou qualquer tipo de penalidade ao segurado quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.

14. PERDA DE DIREITO

14.1 A Seguradora ficará isenta de obrigações decorrentes deste seguro se o Segurado ou seu Representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do 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:

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

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III– Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

14.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

14.2.1. 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 seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

15. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

15.1 Os valores devidos a título de pagamento de capital segurado ou de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.2 Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

15.3 Para efeito do disposto no item 15.2, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

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

15.5 Recalculo do Prêmio e Atualização de Valores na Renovação

15.5.1 Ao final de cada ano de vigência da Apólice, para a análise das condições de renovação do seguro, será procedido um recálculo dos Prêmios de modo a incorporar as flutuações de sinistralidade do Grupo Segurado atualizado à experiência atuarial do seguro.

15.5.2 Com base no resultado apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade de reajuste da(s) taxa(s) praticada(s) para a renovação da Apólice, o(s) novo(s) Prêmio(s) integrará(ão) o Contrato de seguro a partir da renovação do seguro ou o mês seguinte àquele em que se der a comunicação formal ao Estipulante, caso esta ocorra, após a data de início de vigência da renovação do seguro.

15.5.3 Os capitais segurados e os Prêmios relativos a este Contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente

anteriores ao que antecede o reajuste. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.5.4 O reajuste do Capital Segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os segurados ativos.

15.5.5 Nos casos de aumento do Capital Segurado, e sendo contributário o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados;

15.5.6 Será admitido mandado outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a Seguradora.

15.5.7 Na hipótese de os capitais segurados serem pagos sob a forma de renda, serão a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda

15.5.8 Nos seguros contratados na forma de custeio contributário, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

16. APLICABILIDADE DE MORA

16.1 A Seguradora pagará, nos termos da legislação específica, multa e juros de mora, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores determinados pelo presente seguro a que se referir a penalidade.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer

outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula “Perda de Direito”, destas Condições Gerais.

17.2 A rescisão contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca e nos seguros contributivos, com a anuidade prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Neste caso, a Seguradora poderá reter, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17.2.1 Além do acordo entre as partes, o cancelamento a que se refere o item acima deverá ocorrer, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, observada a vigência dos seguros em cursos, cujos prêmios tenham sido pagos.

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

17.4 Este seguro poderá ser cancelado ainda nos seguintes casos:

- a) decorrido o prazo de vigência do seguro, sem que este haja sido renovado.
- b) simultânea e obrigatoriamente na data do cancelamento do seguro.
- c) automaticamente, com a exclusão do Segurado.
- d) Com a perda de vínculo entre o estipulante e o segurado.
- e) Por falta de pagamento do prêmio do seguro.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1 O Segurado será o beneficiário dos valores de capitais segurados devidos por conta de sinistros cobertos pelo seguro.

18.2 Se por qualquer motivo não prevalecer o beneficiário definido nestas Condições Gerais, o capital será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

19. ESTIPULANTE

19.1 Estipulante é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

19.1.1 O Estipulante não representa o Segurador perante o Grupo Segurado, e é o único responsável para com o Segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

19.1.2 Nos casos de seguro com custeio tributário, qualquer modificação da Apólice em vigor, inclusive reavaliação de taxas, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, admitido mandato específico.

19.2 O Estipulante e/ou Subestipulante constarão na apólice, ficando investidos dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora e obrigam-se a:

- a) fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.3 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante

- a) cobrar dos segurados, nos seguros tributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto

e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

19.4 Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.5 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e o valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

19.5.1 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

19.6 A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante/Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

20. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

21. FORO

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, quando for o caso, para dirimir eventuais dúvidas oriundas do presente contrato.

-o0o-