

180

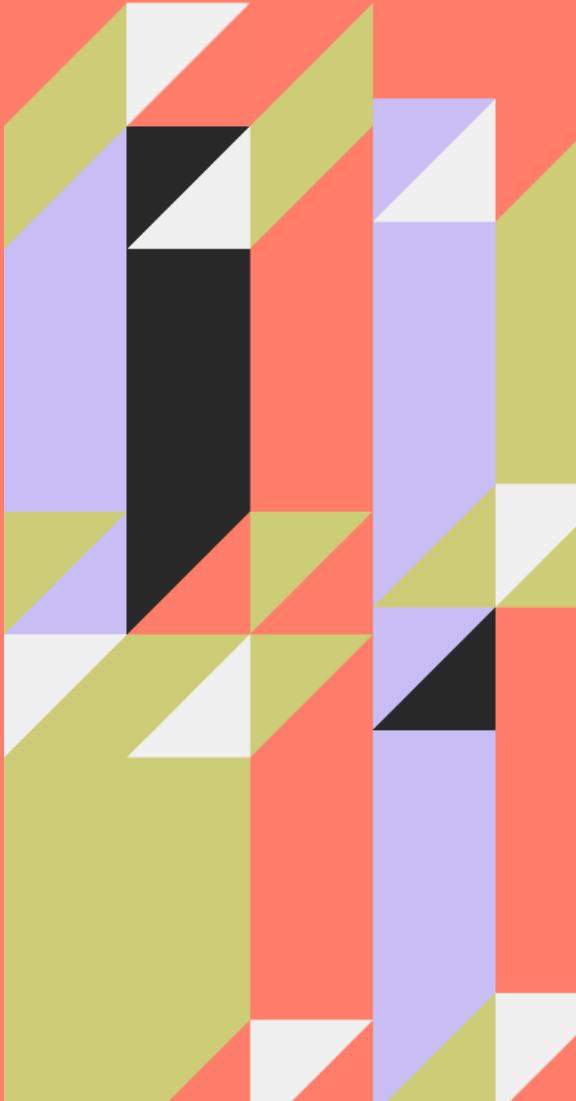
Seguros

Seguro Acidentes Pessoais Coletivo

Ramo 0982

Processo Susep nº 15414.603213/2024-89

Versão Dezembro/2025



Índice

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
2. GLOSSÁRIO	2
3. OBJETIVO DO SEGURO	6
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO	6
5. COBERTURAS DO SEGURO	6
6. RISCOS EXCLUÍDOS	7
7. EMBARGOS E SANÇÕES	8
8. ACEITAÇÃO, CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	8
9. VIGÊNCIA DO SEGURO	10
10. RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
11. CUSTEIO DO SEGURO	11
12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	11
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	12
14. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	14
15. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	14
16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	15
17. PERDA DE DIREITOS	16
18. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	17
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
20. BENEFICIÁRIOS	20
21. FORO	20
22. PRESCRIÇÃO	20
MORTE ACIDENTAL	21
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	22
PERDA DE RENDA	25
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	31
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA	33
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL, TEMPORÁRIA E ACIDENTAL	37
PERDA DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	40
PERDA DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE CAUSAS ACIDENTAIS	44
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	48
INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE CAUSAS ACIDENTAIS	51
AUXÍLIO FUNERAL POR CAUSAS ACIDENTAIS	55
AUXÍLIO FUNERAL	56
TELEMEDICINA	58
DESCONTO MEDICAMENTO 20%	59
DESCONTO MEDICAMENTO 30%	60
SUBSÍDIO MEDICAMENTO	60
REDE TEM FAMILIAR	61

CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Este seguro é garantido pela 180 Seguros S.A. CNPJ 39.999.619/0001-97.
- 1.2. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.5. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 1.6. Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.
- 1.7. A utilização de meios remotos para emissão dos documentos contratuais deste seguro garante ao segurado a possibilidade de impressão e de download dos mesmos.

2. GLOSSÁRIO

Aceitação: ato de aprovação, pela seguradora, da proposta de contratação da apólice e das propostas de adesão a ela submetidas para contratação, alteração e renovação não automática do contrato de seguro.

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.

Agravamento do risco: aumentar a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora quando da aceitação da proposta de contratação e da proposta de adesão do seguro.

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante, na apólice de seguro coletivo.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica, designada pelo segurado no ato da contratação do seguro, a quem deve ser paga a indenização em caso de ocorrência do evento coberto por cobertura contratada que tenha como objeto segurado a vida do segurado.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do certificado individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento do prêmio.

Certificado individual: documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação da proposta de adesão do proponente, da renovação do seguro, da alteração de valores de capital segurado ou do prêmio.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais, que estabelecem os direitos e obrigações do segurado, estipulante, beneficiário e seguradora.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação da apólice coletiva, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Corretor de Seguro: profissional habilitado pela SUSEP e autorizado a angariar e promover contratos de seguros.

Declaração Pessoal de Saúde: documento legal e formal, contido na proposta de adesão, no qual o proponente fornece as informações pessoais sobre sua saúde, doenças, tratamentos médicos, internações, etc, responsabilizando-se pela veracidade destas, sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

Doenças ou Lesões Preexistentes: doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado, anteriormente à data de adesão ao seguro, que sejam de seu conhecimento no ato da adesão.

Documentos Contratuais: apólice, certificado individual, endosso, proposta de contratação e proposta de adesão.

Emolumento: conjunto de despesas adicionais que a seguradora cobra do segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata a apólice de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

Evento: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Grupo Segurável: grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice.

Franquia: é o período de tempo ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento de indenização.

Indenização: é o valor que a seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

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

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o

uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado e/ou pelo estipulante à seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para a garantia do risco.

Pro-rata temporis: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias decorridos de vigência do contrato.

Profissional Autônomo: é um profissional sem vínculo empregatício, que trabalha de forma independente e não é funcionário de nenhuma empresa.

Proponente: pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto à seguradora.

Proposta de Adesão: documento que formaliza o interesse do proponente pessoa física em aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: documento que formaliza o interesse do proponente pessoa jurídica (estipulante) em contratar o seguro.

Risco: é a possibilidade de um acontecimento externo, inesperado, causador de dano material e/ou corporal, gerando um prejuízo ou necessidade econômica. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, futuro e independentemente da vontade das partes contratantes.

Riscos Cobertos: riscos previstos no contrato de seguro que, em caso de concretização, dá origem a indenização ao segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais e/ou no Certificado Individual **que não serão cobertos pelo seguro**.

Segurado: pessoa física que contrata o seguro em seu benefício ou de terceiros.

Seguradora: empresa legalmente constituída e autorizada para assumir e gerir riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência de evento passível de cobertura e indenização, durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia federal responsável pela regulação e fiscalização do mercado de seguros.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, com início e término determinado na apólice e no certificado individual do seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O objetivo deste seguro é garantir ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele designado(s) indenização em caso de ocorrência dos riscos cobertos e amparados pela(s) cobertura(s) contratadas, respeitando-se as demais cláusulas contratuais do presente contrato de seguro.

3.2. O presente seguro tem por finalidade exclusiva o pagamento da indenização em caso de ocorrência dos eventos cobertos expressamente contratados. Fica estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas havidas pelo segurado para mitigações, contenção ou tratamento de doenças ou lesões, ainda que para evitar o agravamento do seu estado de saúde. Em havendo despesas desta natureza, estas serão de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas nesta apólice.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. Considera-se âmbito geográfico das coberturas os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, que deverá constar das Condições Especiais das coberturas.

4.2. O disposto no subitem anterior não se aplica às coberturas adicionais de "Perda de Renda por Desemprego Involuntário", "Perda de Renda por Incapacidade Física Total, Temporária e Acidental" e "Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária". Desta forma, o âmbito geográfico das referidas coberturas adicionais é restrito para eventos ocorridos no Brasil.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. Este seguro é composto por cobertura básica, com contratação obrigatória, e coberturas adicionais, de contratação facultativa.

5.2. Somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice de seguro coletivo e no certificado individual,

tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras descritas nestas Condições Contratuais.

5.3. Nas Condições Especiais são apresentadas as disposições das coberturas, com a especificação dos riscos cobertos e, quando for o caso, das carências e franquias aplicáveis.

5.4. As exclusões específicas, se existentes, estarão inseridas após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Salvo disposição em contrário, estão excluídos para todas as coberturas estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Atos terroristas, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de resolução, de agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, passeatas, protestos ou outras perturbações da ordem pública interna ou internacional e delas decorrentes, exceto quando o sinistro decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva;
- b) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) Segurado(s), Beneficiários(s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme art. 762 do Código Civil, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus Beneficiários e respectivos representantes do Estipulante;
- d) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do segurado e não declaradas no momento da adesão;
- e) Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações ou enchentes de grande proporção e outros eventos naturais extremos que excedam a capacidade de resposta das autoridades locais; Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra

causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;

- g) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- h) Acidente terrestre, aéreo ou marítimo, quando o segurado for o condutor do veículo accidentado sem habilitação legal e adequada para conduzi-lo ou quando esta estiver suspensa e/ou cassada ou quando o exame médico estiver vencido e não puder ser renovado;
- i) Lesão premeditada autoinfligida, suicídio ou sua tentativa quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- j) Quaisquer causas não accidentais.

7. EMBARGOS E SANÇÕES

7.1. Estão excluídos da cobertura desta apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

- a) Reino Unido e União Europeia:
<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>;
- b) Office of Foreign Assets Control - OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA):<https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>.

7.2. Estão ainda excluídos da cobertura dessa apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

7.3. Caso as situações previstas nos itens acima ocorram após a data do sinistro, o pagamento da indenização ficará suspenso até que haja a superação do embargo ou sanção pelo órgão internacional ou nacional que o impôs.

7.4. As situações de perda de direitos por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais estão disciplinadas na cláusula "PERDA DE DIREITOS" destas Condições Gerais.

8. ACEITAÇÃO, CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1. A contratação, alteração e renovação não automática do seguro somente poderão ser feitas mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou pelo corretor de seguros habilitado, sendo que a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

8.2. A apólice de seguro coletivo é contratada pelo estipulante, por meio da proposta de contratação, ficando o estipulante investido de poderes de representação dos segurados perante a seguradora, nos termos da legislação em vigor.

8.2.1. Na proposta de contratação serão estabelecidos os critérios de aceitação das pessoas físicas, tais como, mas não limitado, a idade mínima e máxima do proponente na data da adesão ao seguro, prazo máximo para o término da obrigação contratual a que este seguro está atrelado e a utilização ou não de Declaração Pessoal de Saúde.

8.3. A adesão à apólice de seguro coletivo pelos proponentes deverá ser precedida do preenchimento da proposta de adesão.

8.4. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago, em conformidade com a cláusula RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

8.5. Na hipótese de contratação por meios remotos, as propostas de adesão poderão ser preenchidas e formalizadas por meio remoto, seguro e aceito pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade.

8.6. A seguradora fornecerá ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.7. A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta de contratação ou da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento.

8.7.1. A solicitação de documentos complementares, pela seguradora, poderá se dar uma única vez durante o prazo da aceitação da proposta. Neste caso o prazo de aceitação de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso, voltando a ser contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que se der a entrega das documentações/informações solicitadas.

8.8. A sociedade seguradora procederá obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.9. A não aceitação da proposta pela seguradora, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, do prêmio antecipado, atualizado da data de pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo, também respeitando-se o conteúdo da cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais, no que se refere a atualização da devolução devida ao segurado por juros moratório.

8.10. Haverá cobertura do seguro durante o período compreendido entre a data de recepção da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa.

8.11. A emissão e a disponibilização ao segurado, por meio remoto, da apólice, do certificado individual ou do endosso serão feitas em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da respectiva proposta.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

Vigência da Apólice

9.1. A data do início de vigência da apólice coincidirá, respectivamente, com a data de aceitação da proposta de contratação ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.2. As apólices e respectivos endossos terão seu início e término de vigência em conformidade com as horas e datas para tal fim neles indicadas.

Vigência do Certificado Individual

9.3. Os certificados individuais terão seu início e término de vigência em conformidade com as horas e datas para tal fim neles indicadas.

9.4. O início de vigência do certificado individual coincidirá com:

- a) **Para propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio:** a data de aceitação da proposta de adesão ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;
- b) **Para propostas de adesão recepcionadas com pagamento de prêmio:** a data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.

9.5. O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice de seguro coletivo.

10. RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. O seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, uma única vez, sendo que as demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes.

10.1.2. Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice ou do certificado individual.

10.1.3. Caso não exista interesse da seguradora em renovar o seguro, esta comunicará ao estipulante, seu representante ou corretor de seguros com 30 (trinta) dias de antecedência do fim de vigência.

10.2. Caso ocorra qualquer alteração da apólice de seguro coletivo que implique em ônus, dever ou redução dos direitos dos segurados, a renovação deverá ter anuênciam expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.2.1. A referida anuênciam não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributário".

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida na proposta de contratação e constará da na apólice de seguro coletivo, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) **Contributário:** aquele em que os segurados pagam a totalidade dos prêmios;
- b) **Não contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante;
- c) **Parcialmente contributário:** aquele em que os segurados pagam parcialmente os prêmios, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio complementar exclusivamente ao estipulante.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

12.1. O índice pactuado para a atualização de valores será o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou o índice que vier a substituí-lo.

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

12.3. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

- a) **No caso de cancelamento do seguro:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- b) **No caso de recebimento indevido de prêmio:** a partir da data de recebimento do prêmio;
- c) **No caso de recusa da proposta de contratação e proposta de adesão:** a partir da data do recebimento do prêmio.

12.4. Os demais valores, incluindo a indenização, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento.

12.5. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em lei para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em lei, serão equivalentes à taxa legal correspondente à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC), deduzido o índice de atualização monetária do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo, atendida a metodologia e forma de aplicação definidas pelo Conselho Monetário Nacional.

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

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou parcelado durante o período de vigência do certificado individual do seguro.

13.2. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento, sendo que o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

13.3. A data limite para pagamento do prêmio será o dia de vencimento definido na apólice ou no certificado individual.

13.4. Na proposta de contratação será definido o responsável pelo recolhimento dos prêmios do seguro, podendo ser o estipulante ou a própria seguradora responsável pela cobrança direta aos segurados.

13.5. Quando o estipulante for responsável pelo recolhimento dos prêmios, nos seguros contributários ou parcialmente contributários, e pelo repasse à seguradora dos respectivos valores recolhidos, a proposta de contratação estabelecerá os prazos e condições de pagamento.

13.6. No caso de seguros não contributários, quando o custeio do seguro é pago integralmente pelo estipulante, os prazos e condições de pagamentos serão definidas contratualmente na apólice de seguro coletivo.

13.7. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela implicará no cancelamento do certificado individual e/ou de seus endossos, desde o início de vigência.

13.8. Quando configurada a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, a Seguradora enviará notificação ao Estipulante ou Segurado para regularizar o pagamento pendente em até 15 (quinze) dias, sendo certo que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia.

O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, considerando o prazo de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago, em base "pro-rata temporis".

13.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.11. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

13.12. Caso o estipulante seja o responsável pelo recolhimento dos prêmios custeados pelos segurados, a falta de pagamento à seguradora dos prêmios recolhidos, não acarretará o cancelamento dos respectivos certificados individuais, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações eventualmente devidas, sem prejuízo da ação de cobrança por parte da seguradora junto ao estipulante.

13.13. Devido a característica da estrutura deste plano de seguro, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

13.14. Nas situações de pagamento de prêmio em atraso, a seguradora reserva-se ao direito de cobrar multa e juros moratórios em acordo com a cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

14. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

14.1. O sinistro deve ser comunicado à seguradora, seja pelo estipulante, pelo corretor de seguro, pelo beneficiário, pelo segurado ou pelo seu representante legal, logo que tenham conhecimento da sua ocorrência, prestando todas as informações sobre qualquer outro fato relacionado com este seguro, bem como fornecer todos os documentos necessários para regulação descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura contratada.

14.2. A seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tenha sido instaurado.

15. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

15.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como risco coberto por estas Condições Contratuais.

15.2. A relação dos documentos necessários para a regulação de sinistro está prevista em cada uma das coberturas contratadas nas Condições Especiais. O prazo de regulação e pagamento do sinistro se inicia após o fornecimento da documentação básica solicitada.

15.3. Deverá ser comprovada a ocorrência do evento a ser indenizado através dos documentos que comprovem as circunstâncias a ele relacionados, facultada à seguradora a adoção de medidas que venham a elucidar os fatos.

15.3.1. A seguradora poderá consultar especialistas, a seu exclusivo critério, para apurar a comprovação ou não do evento.

15.4. O prazo para análise e regulação dos sinistros é de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos solicitados.

15.4.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.4.2. Caso aprovado, o pagamento da indenização ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a conclusão da regulação do sinistro. Caso a Seguradora não cumpra o prazo máximo previsto para o pagamento da indenização, implicará na aplicação de multa de 2% (dois por cento), sem prejuízo de sua atualização monetária e juros, contados a partir da data de vencimento, conforme a cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

15.5. A solicitação de documentos e demais procedimentos na apuração do evento, praticados pela seguradora após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado, beneficiário, seu representante legal ou corretor de seguros será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

15.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Não há reintegração para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

16.2. Para as demais coberturas constantes deste plano de seguro, quaisquer reintegrações ficam condicionadas à análise prévia da seguradora e respectiva cobrança de prêmio adicional.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Se o estipulante, segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de seguro, proposta de adesão, no valor do prêmio e/ou na regulação do sinistro, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.2.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do estipulante e/ou do segurado, a seguradora poderá:

17.2.1.1. 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 e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

17.2.1.2. 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) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

17.2.1.3. 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.

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

17.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

17.3.3. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.3.4. Ocorrendo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

17.4. O segurado perderá o direito a indenização, de quaisquer coberturas contratadas, caso haja por parte do estipulante, do segurado, de seus representantes ou de seus beneficiários:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Agravamento intencional do risco;
- c) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o estipulante, segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida pelo seguro.

17.5. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

17.6. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

18. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO

18.1. O seguro será cancelado quando não houver o pagamento do prêmio, nas circunstâncias descritas na cláusula de PAGAMENTO DE PRÊMIO.

18.2. A apólice de seguro coletivo poderá ser cancelada a qualquer tempo, por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, mediante anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado os períodos de vigências dos certificados individuais correspondentes aos prêmios já pagos pelos segurados.

18.2.1. A referida anuênciam não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributário".

18.3. A apólice de seguro coletivo poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos pelo estipulante, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade, na hipótese do estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo ou fraude, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

18.4. A cobertura de cada certificado individual cessa quando:

- a) Da extinção do vínculo entre segurado e estipulante, com restituição de prêmio por parte da seguradora conforme tabela de prazo curto descrita no item 17.5.2 abaixo;
- b) Do pagamento da indenização de morte accidental ou invalidez permanente total por acidente, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora referente a cobertura que tenha amparado o evento indenizado;
- c) O segurado solicitar sua exclusão da apólice de seguro coletivo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, com restituição de prêmio por parte da seguradora em base "pro-rata temporis";
- d) Do final de vigência do certificado individual do seguro, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora;
- e) A contratação for feita por meios remotos, o segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de assinatura da proposta, desde que não tenha utilizado nenhuma cobertura. Em caso de desistência os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão integralmente devolvidos e estarão sujeitos a atualização conforme disposição da cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

18.5. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com concordância recíproca, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo segurado.

18.5.1. A seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1. Este seguro é contratado por estipulante através de apólice coletiva, ficando investido dos poderes de representação do grupo de segurados perante a seguradora.

19.2. Qualquer modificação na apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.3. A apólice pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

19.4 A referida anuênciam, mencionada nos subitens 18.2 e 18.3 acima, não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributário".

19.5. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado;
- d) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando este for de sua responsabilidade. O não repasse dos prêmios à seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- f) Discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- g) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 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;

- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo estabelecido por ela.

19.6. É expressamente vedado ao estipulante e subestipulante:

- a) Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da 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.

19.7. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem obrigações da seguradora:

- 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 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.

19.8. A renovação que não implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante.

19.9. No caso de não renovação da apólice coletiva, deverá ser observado que:

- a) Na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos;
- b) É expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata a alínea "a".

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. No caso de indenização devida relativa à cobertura:

- a) Morte acidental: os beneficiários serão designados pelo segurado no ato da contratação do seguro. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei;

- b) Adicionais de Auxílio Funeral e Auxílio Funeral por Causas Acidentais: os beneficiários serão aqueles que comprovarem que arcaram com as despesas cobertas;
- c) Demais coberturas adicionais: o beneficiário sempre será o próprio segurado.

21. FORO

21.1. As questões judiciais entre o segurado e a seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, salvo se este optar pelo domicílio da Seguradora.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: COBERTURAS DO SEGURO

MORTE ACIDENTAL

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao beneficiário em caso de morte do segurado, decorrente de causas acidentais ou acidente pessoal ocorrido durante a vigência do certificado individual do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos mencionados na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência constará do certificado individual sendo que não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de

suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

4.2. Ocorrendo o sinistro de Morte Acidental no prazo de carência, a seguradora devolverá ao segurado ou ao beneficiário o valor do prêmio pago, ou a reserva matemática, se houver.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando aplicável;
- e) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- f) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- i) Cópia do Laudo das Capitanias dos Portos em caso de naufrágio e/ou afogamento, se houver.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. A indenização será equivalente ao valor do capital segurado contratado para a presente cobertura.

6.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário a data do acidente do segurado que resultou em sua morte.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de invalidez permanente total por acidente do mesmo, decorrente de lesões físicas por causa accidental ou acidente pessoal, ocorridas durante a vigência do certificado individual do seguro.

1.2. As lesões físicas por causas accidentais deverão ser comprovadas por laudo médico, e insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que delas resultem em uma ou mais das seguintes perdas totais das funções ou membros:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total de uso de ambos os pés;
- f) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- g) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e
- h) Perda total decorrente de alienação mental ou incurável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) **Doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que comprovadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;**
- b) **Aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicas ou privadas, situações que não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente e total para efeito deste Seguro;**
- c) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- d) **Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da**

lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;

- e) Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se invalidez permanente total por acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) Parto, aborto e suas consequências;
- g) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- h) Choque anafilático e suas consequências;
- i) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro;
- j) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
- k) Perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão antes do início de vigência do seguro;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Laudo do médico assistente, anexando as radiografias e resultados de exames realizados pelo segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) dentro da validade;
- c) Comprovante de residência do segurado;

- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- e) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- f) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia do Laudo de perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. A indenização será equivalente ao valor do capital segurado contratado para a presente cobertura.

6.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado a data do acidente do segurado que resultou em sua invalidez permanente e total.

7. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

7.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

7.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

7.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em decorrência de:

- a) Perda de renda do segurado por desemprego involuntário por tempo indeterminado, motivada pela rescisão do contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho pelo seu empregador, durante a vigência do certificado individual do seguro; ou
- b) Perda de renda do segurado por incapacidade física total e temporária, desde que este seja profissional liberal e/ou autônomo, que possua comprovação de atividade profissional remunerada, em decorrência de acidente coberto ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período consecutivo superior àquele discriminado no certificado individual do seguro, durante a vigência do mesmo.

1.2. No que se refere à alínea "a" acima, deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data da rescisão do contrato de trabalho, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.3. No que se refere à alínea "b" acima, a caracterização da incapacidade física total e temporária pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização de perda de renda, seja por desemprego involuntário ou por incapacidade temporária, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses do contrato de trabalho ou de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos de desemprego involuntário decorrentes de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária apresentado pelo segurado;
- b) Demissão por justa causa cometida pelo segurado;
- c) Pensão, jubilação e aposentadoria do segurado;
- d) Programa de demissão voluntária, no serviço público ou na iniciativa privada, incentivados pelo empregador do segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Demissão ocorrida durante o prazo de carência desta cobertura;
- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;
- h) Demissão por falência ou encerramento de atividades do empregador do segurado;
- i) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.

2.2. Nos eventos de incapacidade física total e temporária, não estão garantidos por esta cobertura os eventos de incapacidade física decorrentes de:

- a) Profissional da economia informal que não tenham como comprovar uma atividade remunerada regular;
- b) Lesão premeditada auto infligida;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

- I) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta cobertura é fixo, ou seja, será estabelecido na proposta de adesão na data da contratação do seguro e se manterá constante durante todo o período de vigência do certificado individual do seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado, o seu valor poderá corresponder ao somatório de uma quantidade de parcelas da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, que serão cobertas por este seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência será estabelecido contratualmente na apólice coletiva e constará do certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência de cada certificado individual e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, poderá ser aplicada franquia para esta cobertura, a contar da data da demissão ou da caracterização da incapacidade física total e temporária, ou seja, as parcelas mensais de quitação da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, com datas de

vencimentos anteriores ou dentro do período de franquia, deverão ser pagas pelo próprio segurado.

5.2. A franquia será estabelecida na apólice coletiva e constará do certificado individual do seguro.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para a perda de renda decorrente de desemprego involuntário:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante e pelo estipulante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Impressão de todos os dados contidos na Carteira de Trabalho Digital, certificada digitalmente pela Dataprev;
- e) Na falta da existência da Carteira Trabalho Digital, enviar cópia autenticada da Carteira de Trabalho (envio da página de identificação visual (foto); das páginas de admissão e demissão do contrato de trabalho; das páginas anteriores de admissão e demissão do contrato de trabalho; da página da CTPS que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se solicitado);
- f) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou Sindicato;
- g) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

6.2. Para a perda de renda decorrente de incapacidade física total e temporária:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante e pelo estipulante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;
- f) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física temporária;
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;

- h) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores à data do sinistro);
- i) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- j) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência;
- k) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. O valor da indenização devida ao beneficiário será determinado com base na quantidade de parcelas e valores estabelecidos no certificado individual, respeitando-se o capital segurado e o saldo devedor da dívida contraída pelo segurado.

7.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Para a perda de renda decorrente de desemprego involuntário:
Em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data de desligamento do segurado.
- b) Para a perda de renda decorrente de incapacidade física total e temporária: a data indicada na declaração ou relatório médico como início da condição da incapacidade temporária do segurado.

7.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de salário do mesmo decorrente de desemprego involuntário por tempo indeterminado, motivada pela rescisão do contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho pelo seu empregador, durante a vigência do certificado individual do seguro.

1.2. Deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data da rescisão do contrato de trabalho, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.3. Após cada indenização de perda de renda por desemprego involuntário, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período de trabalho

mínimo ininterrupto, após a data da demissão involuntária anterior, para um mesmo empregador de 12 (doze) meses, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária apresentado pelo segurado;**
- b) Demissão por justa causa cometida pelo segurado;**
- c) Pensão, jubilação e aposentadoria do segurado;**
- d) Programa de demissão voluntária, no serviço público ou na iniciativa privada, incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) Demissão ocorrida anterior aos prazos de carência desta cobertura;**
- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;**
- h) Demissão por falência ou encerramento de atividades do empregador do segurado;**
- i) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período;**
- j) Campanhas de demissão em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitem mais de 10% (dez por cento) de seu quadro pessoal no prazo de 06 (seis) meses contados a partir do primeiro sinistro avisado de um mesmo estipulante.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1 O período de carência será estabelecido contratualmente na apólice de seguro coletivo e constará do certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência de cada certificado individual e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, quando estabelecida, poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a contar da data da demissão do segurado.

5.2. A franquia será estabelecida contratualmente na apólice de seguro coletivo e constará do certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Impressão de todos os dados contidos na Carteira de Trabalho Digital, certificada digitalmente pela Dataprev;
- d) Na falta da existência da Carteira Trabalho Digital, enviar cópia autenticada da Carteira de Trabalho (envio da página de identificação visual (foto); das páginas de admissão e demissão do contrato de trabalho; das páginas anteriores de admissão e demissão do contrato de trabalho; da página da CTPS que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se solicitado);
- e) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou Sindicato.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado:

- a) Em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
- b) Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data de desligamento do segurado.

7.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de renda do mesmo por incapacidade física total e temporária, em decorrência de acidente pessoal ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, durante a vigência do certificado individual do seguro, desde que o segurado seja profissional liberal e/ou autônomo e que possua comprovação de atividade profissional remunerada.

1.2. A caracterização da incapacidade física total e temporária pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização de perda de renda por incapacidade temporária, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;**
- b) Lesão premeditada auto infligida;**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;**

- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência será estabelecido contratualmente na apólice coletiva e constará do certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência de cada certificado individual e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, quando estabelecida, poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a contar da data da demissão do segurado.

5.2. A franquia será estabelecida contratualmente na apólice de seguro coletivo e constará do certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;
- e) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física temporária;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- g) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores a data do sinistro);
- h) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
- i) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da condição da incapacidade temporária do segurado.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL, TEMPORÁRIA E ACIDENTAL

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de renda do mesmo por incapacidade física total e temporária, em decorrência de acidente pessoal coberto, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, durante a vigência do

certificado individual do seguro, desde que o segurado seja profissional liberal e/ou autônomo e que possua comprovação de atividade profissional remunerada.

1.2. A caracterização da incapacidade física total, temporária e accidental pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização de perda de renda por incapacidade, temporária e accidental, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;
- b) Lesão premeditada auto infligida;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

- I) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, quando estabelecida, poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a contar da data da caracterização da incapacidade física total, temporária e accidental.

5.2. A franquia será estabelecida contratualmente na apólice de seguro coletivo e constará do certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;

- e) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física, temporária e accidental;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- g) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores a data do sinistro);
- h) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
- i) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da condição da incapacidade temporária do segurado.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de renda do mesmo por internação hospitalar oriunda de incapacidade física total e temporária, causada por acidente pessoal ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a quantidade de dias consecutivos indicada no certificado individual, ocorrida durante sua vigência, desde que o segurado seja profissional liberal e/ou autônomo e que possua comprovação de atividade profissional remunerada.

1.2. A caracterização da internação hospitalar deverá ser comprovada por relatórios, atestados e exames médicos que comprovem a referida condição de internação, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização devida pela presente cobertura, somente haverá uma nova indenização, caso exista saldo remanescente para o Capital Segurado e o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura indenizações relacionadas a ou consequentes de:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;
- b) Lesão premeditada auto infligida;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

3.2. O capital segurado não será reintegrado em caso de sinistro indenizável.

4. CARÊNCIA

4.1. Quando aplicável, o período de carência será estabelecido no certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do mesmo e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos casos de sinistro ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a partir da caracterização da internação hospitalar. Nas situações nas quais houver estabelecimento de carência, a franquia será aplicada após decorrido o período da mesma.

5.2. A franquia será estabelecida no certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de internação hospitalar;
- e) Relatório médico oriundo da unidade hospitalar na qual se deu a internação hospitalar, indicando a quantidade de dias de internação ao qual o segurado foi submetido;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- g) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores a data do sinistro);

- h) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
- i) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da internação hospitalar do segurado.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da necessidade da internação hospitalar.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da internação hospitalar do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE CAUSAS ACIDENTAIS

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de renda do mesmo por internação hospitalar oriunda de incapacidade física total e temporária decorrente de acidente pessoal coberto, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a quantidade de dias consecutivos indicada no certificado individual, ocorrida durante a vigência do mesmo, desde que o segurado seja profissional liberal e/ou autônomo e que possua comprovação de atividade profissional remunerada.

1.2. A caracterização da internação hospitalar deverá ser comprovada por relatórios, atestados e exames médicos que comprovem a condição de internação, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização devida pela presente cobertura, somente haverá uma nova indenização, caso exista saldo remanescente para o Capital Segurado e o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura as indenizações relacionadas a ou consequentes de:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;
- b) Lesão premeditada auto infligida;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- p) Quaisquer procedimentos eletivos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

3.2 O capital segurado não será reintegrado em caso de sinistro indenizável.

4. CARÊNCIA

4.1. Quando aplicável, o período de carência será estabelecido no certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do mesmo e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos casos de sinistro ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a partir da caracterização da internação hospitalar decorrente de causas accidentais. Nas situações nas quais houver estabelecimento de carência, a franquia será aplicada após decorrido o período da mesma.

5.2. A franquia será estabelecida no certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de internação hospitalar;
- e) Relatório médico oriundo da unidade hospitalar na qual se deu a internação hospitalar, indicando a quantidade de dias de internação ao qual o segurado foi submetido;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- g) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores a data do sinistro);
- h) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
- i) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da internação hospitalar decorrente de causas acidentais.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência, respeitando-se o disposto no subitem 4.1 acima, e da franquia estabelecida no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da necessidade da internação hospitalar.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da internação hospitalar do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de internação hospitalar causada por acidente pessoal ou doença e ocorrida durante a vigência do certificado individual.

1.2. A caracterização da internação hospitalar deverá ser comprovada por relatórios, atestados e exames médicos que comprovem a referida condição de internação, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Após cada indenização devida pela presente cobertura, somente haverá uma nova indenização, caso exista saldo remanescente para o Capital Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura indenizações consequentes de:

- a) Lesão premeditada auto infligida;
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- c) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- d) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- e) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- j) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- k) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

- I) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescência a eles relacionados;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

3.2 O capital segurado não será reintegrado em caso de sinistro indenizável.

4. CARÊNCIA

4.1. Quando aplicável, o período de carência será estabelecido no certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do mesmo e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos casos de sinistro ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a partir da caracterização da internação hospitalar. Nas situações nas quais houver estabelecimento de carência, a franquia será aplicada após decorrido o período da mesma.

5.2. A franquia será estabelecida no certificado individual de seguro.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;

- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de internação hospitalar;
- e) Relatório médico oriundo da unidade hospitalar na qual se deu a internação hospitalar, indicando a quantidade de dias de internação ao qual o segurado foi submetido;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver e;
- g) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da internação hospitalar do segurado.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da necessidade da internação hospitalar.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da internação hospitalar do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE CAUSAS ACIDENTAIS

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrida durante a vigência do certificado individual.

1.2. A caracterização da internação hospitalar deverá ser comprovada por relatórios, atestados e exames médicos que comprovem a condição de internação, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Após cada indenização devida pela presente cobertura, somente haverá uma nova indenização, caso exista saldo remanescente para o Capital Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura as indenizações consequentes de:

- a) Lesão premeditada auto infligida;**
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- c) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**
- d) Hospitalização para realização de exames de rotina;**
- e) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- f) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**

- g) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- j) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- k) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- l) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- o) Quaisquer procedimentos eletivos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

3.2. O capital segurado não será reintegrado em caso de sinistro indenizável.

4. CARÊNCIA

4.1. Quando aplicável, o período de carência será estabelecido no certificado individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do mesmo e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos casos de sinistro ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência certificado individual.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a partir da caracterização da internação hospitalar de causas accidentais. Nas situações nas quais houver estabelecimento de carência, a franquia será aplicada após decorrido o período da mesma.

5.2. A franquia será estabelecida no certificado individual.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- d) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de internação hospitalar;
- e) Relatório médico oriundo da unidade hospitalar na qual se deu a internação hospitalar, indicando a quantidade de dias de internação ao qual o segurado foi submetido;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver e;
- g) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao segurado, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da internação hospitalar decorrente de causas accidentais.

7.3. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência, respeitando-se o disposto no subitem 4.1 acima, e da franquia estabelecidas no certificado individual.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da necessidade da internação hospitalar.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da internação hospitalar do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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.

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

AUXÍLIO FUNERAL POR CAUSAS ACIDENTAIS

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao beneficiário em caso de morte do segurado, decorrente de causa accidental ou acidente pessoal ocorrido durante a vigência do certificado individual do seguro, com o objetivo de auxiliar no custeio das despesas com o funeral do segurado.

1.2. O pagamento do Auxílio Funeral por Causas Acidentais não obriga a seguradora a garantir o pagamento das demais coberturas contratadas pelo segurado, as quais serão analisadas independentemente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Reembolso por serviços de qualquer espécie, realizados por prestadores que não sejam legalmente habilitados;
- b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;
- c) Reembolso de despesas que não estejam rigorosamente relacionadas ao funeral do segurado.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência constará do certificado individual sendo que não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando aplicável;
- d) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- e) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- f) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- g) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- h) Cópia do Laudo das Capitanias dos Portos em caso de naufrágio e/ou afogamento, se houver;
- i) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

6.2. A indenização será equivalente às despesas, devidamente comprovadas, com o funeral do segurado, respeitando-se o capital segurado.

6.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário a data do acidente do segurado que resultou em sua morte.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

AUXÍLIO FUNERAL

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao beneficiário em caso de morte do segurado, ocorrida durante a vigência do certificado individual do seguro, com o objetivo de auxiliar no custeio das despesas com o funeral do mesmo.

1.2. O pagamento do Auxílio Funeral não obriga a seguradora a garantir o pagamento das demais coberturas contratadas pelo segurado, as quais serão analisadas independentemente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- d) Reembolso por serviços de qualquer espécie, realizados por prestadores que não sejam legalmente habilitados;
- e) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;
- f) Reembolso de despesas que não estejam rigorosamente relacionadas ao funeral do segurado.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1 O período de carência constará do certificado individual sendo que não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do certificado individual.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando aplicável;
- d) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- e) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- f) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- g) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- h) Cópia do Laudo das Capitanias dos Portos em caso de naufrágio e/ou afogamento, se houver;
- i) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

6.2. A indenização será equivalente às despesas, devidamente comprovadas, com o funeral do segurado, respeitando-se o capital segurado.

6.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Morte por doença: A data do falecimento do segurado;
- b) Morte por acidente: A data do acidente do segurado que resultou em sua morte.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

COBERTURAS ADICIONAIS DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS

As coberturas abaixo listadas tem por objetivo proporcionar segurança e tranquilidade ao segurado, sendo que os respectivos riscos cobertos **serão executados exclusivamente pela rede referenciada disponibilizada pela seguradora, não sendo prevista a possibilidade de reembolso de despesas.**

TELEMEDICINA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, esta cobertura possibilita ao segurado realizar consultas médicas de forma remota, por vídeo-chamada.

1.2. As consultas são para avaliações clínicas de menor complexidade, com finalidade assistencial, prevenção de doenças e lesões e promoção da saúde.

1.3. Durante a consulta o segurado será orientado quanto às limitações inerentes ao uso da telemedicina, haja vista a impossibilidade de realização de exame físico.

1.4. O atendimento e/ou prestação de serviço de assistência, não implicam no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Quaisquer solicitações de atendimento que não sejam para o segurado;
- b) Consultas de urgência e emergência;
- c) Internações e cirurgias.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais e Especiais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

DESCONTO MEDICAMENTO 20%

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos com descontos.

1.2. O desconto mínimo garantido é de 20% (a partir de 20% para medicamentos de marca tarjados e 20% para genéricos tarjados).

1.3. Os descontos estão sujeitos à prática do mercado farmacêutico de cada região.

1.4. O atendimento e/ou prestação de serviço de assistência, não implicam no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

2. RATIFICAÇÃO

2.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais e Especiais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

DESCONTO MEDICAMENTO 30%

2. RISCOS COBERTOS

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos com descontos.

1.2. O desconto mínimo garantido é de 30% (a partir de 30% para medicamentos de marca tarjados e 30% para genéricos tarjados).

1.3. Os descontos estão sujeitos à prática do mercado farmacêutico de cada região.

1.4. O atendimento e/ou prestação de serviço de assistência, não implicam no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais e Especiais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

SUBSÍDIO MEDICAMENTO

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá subsídio com o custeio, parcial ou total, de medicamentos receitados por um médico ou dentista da rede referenciada indicada por esta seguradora.

1.2. Os medicamentos devem ser considerados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) como classe terapêutica de medicamento para uso específico em decorrência de tratamento médico e/ou odontológico.

1.3. Esta cobertura somente será comercializada em conjunto com a cobertura “Rede Tem Familiar e/ou Telemedicina”

1.4. o benefício de subsídio não implica no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O capital segurado, equivalente ao subsídio, é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais e Especiais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

REDE TEM FAMILIAR

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá desconto em:

- a) Consultas médicas via telemedicina;
- b) Exames laboratoriais;
- c) Consultas odontológicas;
- d) Rede de saúde complementar (psicologia, nutrição, fisioterapia);
- e) Medicamentos (a partir de 15% para medicamentos de marca tarjados e a partir de 30% genéricos tarjados).

1.2. Os descontos acima descritos são válidos para consultas realizadas pela rede referenciada indicada por esta seguradora.

1.3. O atendimento e/ou prestação de serviço de assistência, não implicam no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

2. RATIFICAÇÃO

2.1. Ratificam-se as disposições das Condições Gerais e Especiais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.