

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco Processo SUSEP nº

15414.002914/2006-14 CONDIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas Bradesco tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares deste Seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Cláusulas Complementares deste Seguro são válidas para Sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre, ressalvadas as disposições específicas da(s) cláusula(s) complementar(es).

CAPÍTULO II - DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. Acidente Pessoal

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

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral,

de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no

caso de morte do Segurado.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Apólice para cada uma das coberturas previstas nas cláusulas complementares destas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Condições Especiais

São as cláusulas que especificam as condições e os limites da(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e que podem ser contratada(s) pelo Estipulante.

8. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais, incluindo as cláusulas complementares, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos

Beneficiários.

11. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de

eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes de seu estado de saúde, e que eram de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

14. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e nas suas cláusulas complementares.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da data do Evento.

17. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

19. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este

Seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Gerais.

21. 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.

22. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a

ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

23. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

24. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

25. Proponente

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

26. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

27. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

28. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

29. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, como riscos não cobertos pelo Seguro.

30. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A, registrada no CNPJ sob o número 051.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

31. Segurado

É a pessoa física vinculada ao Estipulante sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, sendo também designado como Seguro Principal, quando da inclusão de cônjuge e/ou filho(s) no Seguro, em conformidade com a(s) respectiva(s) condição(ões) complementar(es).

32. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

33. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

34. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III - COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste

Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Cláusulas Complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

Parágrafo 3º. As coberturas previstas nas cláusulas complementares poderão ser contratadas isoladamente, de acordo com o disposto na Proposta de Contratação, Apólice e Contrato de Seguro.

Parágrafo 4º. O plano de seguro poderá prever Carência e/ou Franquia, a serem especificadas no Contrato de Seguro, observadas as disposições das Condições Especiais.

Parágrafo 5º. Quando previsto, o Prazo de Carência estará limitado à metade do Prazo de Vigência da apólice limitado ao máximo de 2 (dois anos).

Parágrafo 6º. Não haverá Prazo de Carência para as coberturas decorrentes de

Acidente Pessoal.

CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

I - ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;

II - ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

III - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV - furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V - uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI - Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências;

VII - epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

VIII - suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro; e

IX - Ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es),

dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s), e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratados por pessoas jurídicas.

Parágrafo 1º. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o *caput* desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

I - acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

II - acidentes e/ou suas conseqüências ocorridos antes da contratação do Seguro;

III - todo e qualquer tipo de curetagem uterina; exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal;

IV - as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme item 1 da Cláusula 3ª destas Condições Gerais;

V - perda de dentes e danos estéticos;

VI - autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgãos que impliquem na diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica; e

VII - todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

Parágrafo 2º. Adicionalmente aos eventos previstos no *caput* e parágrafo 1º desta cláusula, as cláusulas complementares disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

Cláusula 6ª. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que

caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Da Proposta de Contratação e do Contrato de Seguro

Cláusula 7^a. A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8^a. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

Parágrafo 1^o. Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão, observado, ainda, o disposto no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2^o. O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9^a. A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso, em formulário próprio fornecido pela Seguradora e a

ser entregue a ela para análise do risco.

Parágrafo 1º. A adesão ao Seguro, incluindo a Declaração Pessoal de Saúde, poderá ser realizada com a utilização de Meios Remotos.

Parágrafo 2º. A adesão por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação deverá implicar no envio de mensagens informativas ao Segurado ao longo da vigência do Seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

Parágrafo 3º. O envio das mensagens referidas no parágrafo anterior será realizado, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a adesão do Seguro.

Parágrafo 4º. Em caso de contratação por meio remoto, o Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias da emissão do Certificado. Para tanto, deverá protocolar solicitação escrita à Seguradora.

Parágrafo 5º. Em caso de desistência, a Seguradora fornecerá ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

Parágrafo 6º. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos de imediato, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do Prêmio.

Parágrafo 7º. **Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos de idade, é permitido exclusivamente o oferecimento e contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Seguro principal ou dependente.**

Parágrafo 8º **As coberturas de inclusão de Filhos não poderão ser contratadas isoladamente, sendo necessária para seu aperfeiçoamento a contratação de pelo menos uma cobertura para o segurado principal.**

Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 10ª. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Cláusula 11ª. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 1º. O prazo referido no *caput* poderá suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir

da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 2º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

Cláusula 12ª. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo 1o. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Parágrafo 2º. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

Parágrafo 3º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 4º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não- devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no parágrafo 2º, o valor será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

Parágrafo 5º. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13ª. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo 1º. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26ª destas Condições Gerais.

Paragrafo 2º. Os Capitais Segurados dos componentes dependentes (filhos, cônjuge), quando prevista sua inclusão no plano de seguro, em quaisquer das coberturas, não podem ser superiores ao do Segurado Principal.

Cláusula 14ª. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será

considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Cláusulas Complementares em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII - PRÊMIO

Seção I - Valor do Prêmio

Cláusula 15ª. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O valor do Prêmio poderá ser reajustado de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato.

Parágrafo 2º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio também será atualizado monetariamente, conforme disposto na cláusula 26ª destas Condições Gerais.

Seção II - Pagamento do Prêmio

Cláusula 16ª. O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 17ª. Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

Cláusula 18ª. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 19ª. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 20ª. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão ou Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições

Gerais.

Cláusula 21ª. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetua-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale- postal, nas seguintes hipóteses:

I - caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II - se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III - se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 22ª. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 23ª. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata dia* da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização, se devida, será paga, nos termos destas Condições Gerais e das cláusulas complementares que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 24ª. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Cláusulas Complementares, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 25ª. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo único. A atualização de que trata o *caput* desta Cláusula será efetuada com base na variação positiva 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.

Cláusula 26ª. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão

atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo 1o. Alternativamente ao critério de atualização previsto no *caput*, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados ou outro critério objetivo estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora e descrito no Contrato de Seguro. Os limites de Capitais Segurados previsto na apólice serão reajustados com base no índice concedido no dissídio da categoria ou de

acordo com o percentual estabelecido pelo Estipulante e aceito pela Seguradora.

Parágrafo 2º. Nos casos de pagamento único ou anual do Prêmio, os valores dos Capitais Segurados pagáveis por Morte ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente serão atualizados monetariamente desde a data da última atualização até a data de ocorrência do evento coberto.

Parágrafo 3º. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

Cláusula 27ª. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 28ª. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo 1º. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o artigo 793 do Código Civil.

Parágrafo 2º. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

Cláusula 29ª. De acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que

for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo único. Na falta das pessoas de que trata o *caput* desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 30ª. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Cláusula 31ª. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo único. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no *caput*, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32ª. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 33ª. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares.

Cláusula 34ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 35ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 36ª. Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Cláusulas Complementares.

Seção II - Pagamento da Indenização

Cláusula 37ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da cláusula 33ª, o prazo de que trata o *caput* desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.

Parágrafo 2º. Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Cláusulas Complementares.

Cláusula 38ª. O pagamento será feito de uma única vez por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 1º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta Seção, o Capital Segurado será atualizado pela variação positiva do índice previsto na cláusula 25ª destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

Parágrafo 2º. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

Parágrafo 3º. O reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se sempre o limite do Capital Segurado contratado.

Cláusula 39ª. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.

CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 40ª. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I - Antes da ocorrência do Sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II - Após a ocorrência do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro após o pagamento da Indenização, retendo do respectivo valor a diferença de Prêmio cabível, calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme aplicável, ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros, comunicando-lhe acerca da restrição.

III - Após a ocorrência de Sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, pagar a Indenização, deduzindo do valor devido a diferença de Prêmio cabível.

Cláusula 41ª. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:

I- se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II - se agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, auto-mutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de medicamentos sem prescrição médica;

III - se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

IV - se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V - se não tomar as providências imediatas para minorar as conseqüências do Sinistro;

VI - se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora; ou

VII - nas situações previstas expressamente nas Cláusulas Complementares como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura. Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s).

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 42ª. A Apólice de Seguro será cancelada, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

II - em caso de tentativa do Estipulante de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

III - na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

IV - na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no dia imediato seguinte à data de vencimento do terceiro Prêmio não pago;

V - Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VI - com o encerramento das atividades do Estipulante.

Parágrafo 1º. O Certificado Individual será cancelado, cessando todas as coberturas contratadas, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - Segurado Principal:

a) com a morte do Segurado;

b) término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

c) solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento

do Prêmio;

d) tentativa do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

e) infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado ou Beneficiário com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

f) na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

g) Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

II - Segurado Dependente – Cônjuge e Filhos

a) em relação ao cônjuge ou companheiro(a) incluído(a) na Apólice, em caso de separação judicial, divórcio ou perda da condição de companheiro(a) do Segurado;

b) cancelamento do Certificado Individual do Segurado Principal;

c) em caso de morte do cônjuge/companheiro e/ou filho(s) incluídos na Apólice;

d) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado; ou

e) quando ocorrer a cessação da sua condição de dependente do Segurado, na forma da legislação em vigor.

Parágrafo 1º. A Apólice de Seguro não poderá ser cancelada durante a Vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração na natureza dos riscos.

Parágrafo 2º. A Apólice de Seguro só poderá ser cancelada/rescindida durante

a Vigência por acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro contributivo, com anuência prévia e expressa de Segurados Principais que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Parágrafo 3º. Em caso de cancelamento total ou parcial, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Cláusula 43ª. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

Cláusula 44ª. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII – DO EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45ª. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

Parágrafo 1º. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período. Nos casos de vigências superiores a um ano, o período de apuração poderá corresponder ao período de vigência ou anualmente na data de aniversário.

Parágrafo 2º. Este cálculo será realizado com base na regulamentação em vigor, sendo consideradas, para efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro) dos Prêmios líquidos pagos no período de apuração.

Parágrafo 3º. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual

(descrito no contrato de seguro) do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estorno recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver

DESPESAS:

- a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) Pro-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;
- c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;
- e) Despesas efetivas de administração;
- f) Prêmios de resseguro, quando houver;

g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR);e

h) Pis/Cofins.

Parágrafo 4º. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

CAPÍTULO XIV - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46ª. A Apólice terá vigência por prazo determinado de até 5 (cinco) anos, podendo ser reconduzida automaticamente, por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na recondução, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes da data do término da vigência.

Parágrafo único. Se a Seguradora não tiver interesse na recondução da Apólice, também deverá comunicar os Segurados sobre a decisão, no mesmo prazo estabelecido no caput.

Cláusula 47ª. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice, no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

Parágrafo 1º. As renovações da Apólice, posteriores a primeira, deverão ser efetuadas de forma expressa.

Parágrafo 2º. Na renovação, qualquer alteração da Apólice que implique em ônus, dever adicional ou redução de direitos dos Segurados dependerá de anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado.

Parágrafo 3º. As renovações que não implicarem em ônus, dever adicional ou redução de direitos do Segurados poderá ser realizada diretamente pelo Estipulante.

Cláusula 48ª. Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final

de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

Seção II - Vigência do Risco Individual

Cláusula 49ª. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no Certificado Individual e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o Início de Vigência do certificado individual coincidirá com a data de aceitação da Proposta de Adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre o Estipulante e a Seguradora no Contrato de Seguro.

Parágrafo 2º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o Início de Vigência do certificado individual coincidirá com a data de recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora.

CAPÍTULO XV - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 50ª. São obrigações do Estipulante:

I - Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessárias à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;

II - Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;

III - Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;

IV - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;

V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);

VI - Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;

VII - Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;

VIII - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;

IX - Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;

X - Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;

XI - Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;

XII - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;

XIII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;

XIV - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; (se houver cosseguro)

XV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;

Parágrafo único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

Cláusula 51ª. É vedado ao Estipulante:

I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II - fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;

III - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 52ª. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo único. Qualquer modificação da Apólice, inclusive alteração de taxas, que implique em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Cláusula 53ª. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste

Seguro.

Cláusula 54^a. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 55^a. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 56^a. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 57^a. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Cláusula 58^a. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 59^a. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei:

- a) Prescreve em um ano a pretensão da Segurada contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;
- b) Prescreve em 3 anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

Cláusula 60^a. Ouvidoria da Seguradora estará disponível para acesso dos Segurados por meio de serviço de discagem direta gratuita para o número 0800 701 7000, das 8h às 18h, de 2^a a 6^a feira, exceto feriados.

Cláusula 61^a. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora

junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do Processo nº 15414.002914/2006-14.

CAPÍTULO XVII - DO FORO

Cláusula 62ª. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

ANEXOS CLÁUSULAS COMPLEMENTARES (COBERTURAS)

ANEXO 01 MORTE

ANEXO 02 MORTE ACIDENTAL

ANEXO 03 INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

ANEXO 04 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

ANEXO 05 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 06 DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (por acidente)

ANEXO 07 DOENÇAS GRAVES

ANEXO 08 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER

ANEXO 09 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

ANEXO 10 INCLUSÃO DE FILHO(S)

ANEXO 11 INCLUSÃO DE CÔNJUGE

ANEXO 12 MORTE EM ACIDENTE AÉREO

ANEXO 13 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD

ANEXO 14 INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD

ANEXO 15 MORTE POR CATEGORIA DE ACIDENTE

ANEXO 16 AUXÍLIO EMERGENCIAL DECORRENTE DE MORTE

ANEXO 17 AUXÍLIO EMERGENCIAL DECORRENTE DE MORTE ACIDENTAL

ANEXO 18 INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR HOSPITALIZAÇÃO – IEH

ANEXO 19 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

NÃO PROFISSIONAL – IFPTD (versão adaptada à Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB n. 06/2008)

ANEXO 20 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM COBERTURA PARA PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA – IPA_SPA

- ANEXO 21 INVALIDEZ PERMANENTE POR CATEGORIA DE ACIDENTE
- ANEXO 22 DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (por Acidente ou Doença)
- ANEXO 23 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – DIHAA
- ANEXO 24 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – DIHAA UTI
- ANEXO 25 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR
- ANEXO 26 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI
- ANEXO 27 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE
- ANEXO 28 DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO
- ANEXO 29 INCLUSÃO DE FILHOS - MORTE EM ACIDENTE AÉREO
- ANEXO 30 INCLUSÃO DE FILHOS - DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR
- ANEXO 31 INCLUSÃO DE FILHOS - INVALIDEZ PERMANENTE POR CATEGORIA ACIDENTE
- ANEXO 32 INCLUSÃO DE FILHOS - DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE
- ANEXO 33 INCLUSÃO DE FILHOS - DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI
- ANEXO 34 INCLUSÃO DE FILHOS - DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR
- ANEXO 35 MORTE ACIDENTAL II
- ANEXO 36 INCLUSÃO DE FILHOS - MORTE ACIDENTAL
- ANEXO 37 INCLUSÃO DE FILHOS - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR HOSPITALAÇÃO DECORRENTE DE CÂNCER, ATAQUE DO CORAÇÃO E DERRAME CEREBRAL – IEH
- ANEXO 38 INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
- ANEXO 39 SEGURO FUNERAL SEGURADO
- ANEXO 40 SEGURO FUNERAL DE CÔNJUGE
- ANEXO 41 SEGURO FUNERAL DE FILHO
- ANEXO 42 SEGURO FUNERAL DE PAI E/OU MÃE
- ANEXO 43 SEGURO FUNERAL DE SOGRO E/OU SOGRA
- ANEXO 44 COBERTURA DE MORTE EM ACIDENTE AÉREO II
- ANEXO 45 COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS
- ANEXO 46 COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE
- ANEXO 47 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL

ANEXO 48 ADAPTAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VEÍCULO

ANEXO 49 FILHOS PÓSTUMOS

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE – ANEXO 01

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV - Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;

V - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

VI - Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VII - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VIII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

IX - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

XI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XII - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XIII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – ANEXO 02

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V - Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VIII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XI - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Parágrafo 4º. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Parágrafo 5º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à

Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE – ANEXO 03

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações,

radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	Perda total do uso de ambos os membros superiores Perda total do uso de ambos os membros inferiores Perda total do uso de ambas as mãos Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés Perda total do uso de ambos os pés Alienação mental total e incurável	100 100 100 100 100 100 100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista Surdez total incurável de ambos os ouvidos Surdez total incurável de um dos ouvidos Mudez incurável Fratura não-consolidada do maxilar inferior Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	30 70 40 20 50 20 20 25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores Perda total do uso de uma das mãos Fratura não-consolidada de um dos úmeros Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	70 60 50 30
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada

	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25 18
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	9 15
	Perda total do uso da falange distal do polegar	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	9
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25 20
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	
Parcial	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada

Membros	Anquilose total de um quadril	20
Inferiores	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo:	3
	indenização equivalente a 1/2 , e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	
	de 4 (quatro) centímetros	
	de 3 (três) centímetros	
	menos de 3 (três) centímetros	15
		10
		6

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a

Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Parágrafo 3º. Não haverá reintegração do capital, em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora); III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões,

bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado,

por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 13ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 14ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – ANEXO 04

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o reembolso, limitado ao Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciadas dentro de 30 (trinta) dias contados da data do Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torna-se necessário tratamento médico, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice;** b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;** b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames,**

tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos

– LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de reembolso de que trata o *caput* desta cláusula se as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, mesmo que decorrentes de causa acidental, resultarem de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

Parágrafo 4º. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora pelo Índice de Atualização Monetária, aplicado de acordo com o disposto nas Condições Gerais.

Cláusula 2ª. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta ou na solicitação de aumento do valor do capital segurado, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada

cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

Cláusula 3ª. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra indenização de cobertura decorrente de Acidente Pessoal eventualmente contratada.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 4ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, estão expressamente cobertas as despesas médicas, hospitalares e odontológicas por Acidente Pessoal decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito ao reembolso:

I – as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido na cláusula 1ª;

II – os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro;

III- estados de convalescença (após a alta médica);

IV – despesas efetuadas com acompanhantes do Segurado; e

V – aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para efeitos de apuração do valor do reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da realização da despesa.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado ou o seu representante legal e médico assistente;

III - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando

necessário;

V - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VI - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VII - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

VIII - vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médico-hospitalares e da remoção médica.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. **As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora**

Parágrafo 3º. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 4º. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 8ª. **A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s)**

deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 9ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ANEXO 05

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico, obedecidos o Prazo de Carência, o período de Franquia e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para fins da cobertura de Diária por Internação Hospitalar, “Intervenção Cirúrgica” significa o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro e “Tratamento Clínico” significa o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar para a finalidade de Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico resultar de Evento que configure Risco Excluído, nos termos do Capítulo II destas cláusulas complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor. Não estão cobertas as internações domiciliares.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do

risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado para a finalidade de Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Além dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura e, por isso, não geram direito à Indenização, as internações hospitalares para Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica que tenham como objetivo

I - parto ou aborto, exceto se decorrente de acidente pessoal; II - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

III - cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

IV - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

V - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

VI - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

VII - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

VIII - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

IX - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

X - despesas realizadas com acompanhantes do Segurado; XI - patologia(s) indicada(s) na cláusula 3ª; e

XII - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas. CAPÍTULO III – RESTRIÇÃO DE PATOLOGIA

Cláusula 3ª. De acordo com as informações prestadas pelo Proponente na Declaração Pessoal de Saúde, reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao Segurado.

Parágrafo único. Se, quando do recebimento do Certificado, o Segurado optar pelo cancelamento do Seguro, o mesmo deverá solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o

cancelamento e restituirá o Prêmio pago relativos a esta Cobertura, se for o caso, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 5^a. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea "a" da Cláusula 6^a indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1^o Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2^o Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3^o A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6^a. Caso o Segurado esteja internado

na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar são os seguintes:

a) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;

b) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;

c) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;

d) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;

e) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde; e

f) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado.

Parágrafo 1^o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2^o. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária por internação hospitalar todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (por acidente) - ANEXO 06

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias, caso seja constatada a sua incapacidade, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado, por causas **exclusivamente acidentais**, para exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado a Franquia e o número máximo de diárias indenizáveis estabelecido no Contrato de Seguro.

Parágrafo 1º. A cobertura de diárias por incapacidade somente será devida a partir do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia do Seguro, que será de 15 (quinze) dias contados a partir da data da comprovação do Evento. **Assim, o Segurado somente terá direito à Indenização a partir da 16ª (décima sexta) diária, inclusive.**

Parágrafo 2. Para efeito desta Cobertura de Diárias por Incapacidade decorrente de causas exclusivamente acidentais, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes

decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 3º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a diária por incapacidade, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo

XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Cláusula 2ª. A cobertura de diárias por incapacidade é cumulativa com qualquer outra indenização de cobertura decorrente de Acidente Pessoal eventualmente contratada.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, estão expressamente cobertas as diárias por incapacidade decorrentes de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito à Indenização:

I – as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido na cláusula 1ª; e

II – os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - FRANQUIA

Cláusula 5ª. Nos termos do Parágrafo 1º da Cláusula 1ª, a Franquia para a cobertura de diárias por incapacidade é de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da comprovação do Evento.

CAPÍTULO V - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade emitido pelo profissional médico legalmente habilitado;

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV – cópia do(s) exame(s) realizado(s) que comprovem a incapacidade;

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado (somente contas de consumo: água, luz, telefone fixo, gás);

VI - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VIII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);

IX - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

X – Declaração do Empregador e do órgão previdenciário constando os dias em que o Segurado ficou afastado de suas atividades profissionais; e

XI – cópia do Registro de Empregados ou Carteira Profissional.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e**

somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diárias por incapacidade todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ANEXO 07

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de Indenização em caso de diagnóstico definitivo de Doença Grave, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “Doenças Graves”, **EXCLUSIVAMENTE**, os seguintes Eventos:

I - Insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s): diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), com prescrição médica formal da necessidade de realização de uma cirurgia cardíaca com tórax aberto ou de angioplastia através de cateterismo cardíaco, visando exclusivamente a correção e/ou ao tratamento da insuficiência;

II - Câncer: diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com invasão e destruição de tecidos normais, com prescrição médica formal de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia;

III - Acidente Vascular Cerebral (derrame): diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC), isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause seqüela neurológica;

IV - Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico de falência da função renal, de caráter permanente e irreversível, com prescrição médica formal de hemodiálise permanente ou transplante; e

V - Transplante de medula óssea, fígado, coração, pulmão, coração- pulmão, pâncreas, rim ou córnea: desde que o transplante prescrito formalmente pelo médico responsável seja o único recurso para a recuperação da função do órgão afetado.

Parágrafo 2º. O Segurado somente terá direito à Indenização se a Doença Grave for diagnosticada, pela primeira vez, após o Prazo de Carência de que trata o parágrafo 3º desta cláusula e desde que o Segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias que se seguirem à data do diagnóstico.

Parágrafo 3º. Também não haverá a garantia de Indenização de que trata esta cláusula, se qualquer das Doenças Graves descritas nos itens I a V do parágrafo 1º desta cláusula resultar de Evento que configure Risco Excluído, nos termos do Capítulo II destas cláusulas complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI das Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 4º. Para fins desta cobertura, fica estipulado Prazo de Carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de Vigência do risco individual, assim entendida a Vigência do Seguro relativamente a cada Segurado. Não terá direito à garantia de Indenização o Segurado que for acometido por Doença Grave durante o Prazo de Carência.

Cláusula 2ª. Esta cobertura está limitada a um único Evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro Sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito ao reembolso:

I – os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro como Risco Excluído;

II - qualquer tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência da artéria coronariana;

III - qualquer tipo de cateterismo que não tenha por finalidade a execução de procedimento de angioplastia;

IV - câncer não invasivo ou classificado como *in situ*, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;

V - câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma basocelular;

VI - sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS; VII - ataque isquêmico transitório;

VIII - qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;

IX - lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma; X - insuficiência renal aguda de qualquer causa;

XI - transplante de tecido; XII - autotransplante;

XIII - demais transplantes, que não os estritamente especificados no Capítulo I destas cláusulas complementares;

XIV - doenças Graves cujos diagnósticos tenham sido concedidos pelo próprio Segurado, por parentes, ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;

XV - doenças graves cujos diagnósticos tenham sido concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

XVI - doenças profissionais;

XVII - doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências;

XVIII - doenças graves cujos diagnósticos tenham sido estabelecidos em data anterior à contratação do Seguro, doenças preexistentes com conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão; e

Parágrafo único. Quaisquer outras doenças não descritas nos itens I a V do parágrafo 1º da cláusula 1ª, ainda que graves, não estarão cobertas e, por isso, não conferirão ao Segurado qualquer direito à Indenização deste Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data indicada na declaração médica, que contém o diagnóstico detalhado, específico e caracterizador da superveniência de qualquer das Doenças Graves previstas no parágrafo 1º da cláusula 1ª. destas cláusulas complementares.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constatem qualquer das Doenças Graves definidas no parágrafo 1º da cláusula 1ª destas cláusulas complementares, de forma a diagnosticar:

a) A insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s): com expressa prescrição médica formal da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou de angioplastia através de cateterismo cardíaco;

b) Câncer: diagnóstico de tumor maligno com expressa prescrição médica formal da necessidade da realização de cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia comprovada por meio de exames citológicos e histológicos apropriados;

c) Acidente Vascular Cerebral (derrame): diagnósticos de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral, causada por

trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, bem como indicando a seqüela dele decorrente, acompanhado de exame de imagem apropriado (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética);

d) Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico da falência da função renal de caráter permanente e irreversível; ou

e) Transplante: diagnóstico da necessidade da realização do transplante, sob a justificativa de ser este o único recurso para recuperação da função do órgão afetado, firmado por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão e o diagnóstico deverá ser comprovado por meio dos exames complementares apropriados.

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - Declaração Médica atestando a doença, devidamente preenchido e assinado pelo médico profissional habilitado, o qual deverá conter também o carimbo com o CRM do médico assistente;

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;

VI – cópia do formal de partilha dos bens do Segurado ou, na falta deste, declaração de herdeiros (fornecido pela Seguradora), acompanhado de cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do (s) herdeiro (s) legalmente habilitado (s), em caso de morte do Segurado antes do recebimento da Indenização e após os primeiros 30 (trinta) dias que se seguirem à data do diagnóstico da Doença Grave, nos termos do parágrafo 2º da cláusula 1ª.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por

esta cláusula, o prazo estabelecido para pagamento da Indenização ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Parágrafo 3º. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora

Parágrafo 4º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 5º. Em caso de morte do Segurado após reconhecido seu direito à Indenização pelo Sinistro, porém antes do pagamento, este será efetuado aos seus herdeiros, na forma da lei.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) deste seguro, garantindo ao Segurado (ou beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de doenças graves todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER – ANEXO 08

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de Indenização em caso de diagnóstico definitivo de câncer (tumor maligno) caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com invasão e destruição de tecidos normais, com prescrição médica formal de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O Segurado somente terá direito à Indenização se o câncer for diagnosticado, pela primeira vez, após o Prazo de Carência de que trata o parágrafo 3º desta cláusula e desde que o Segurado não venha a falecer nos 30 (trinta) primeiros dias que se seguirem à data do diagnóstico.

Parágrafo 2º. Também não haverá a garantia de Indenização de que trata esta cláusula, se o câncer resultar de Evento que configure Risco Excluído, nos termos do Capítulo II destas cláusulas complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI das Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins desta cobertura, fica estipulado Prazo de Carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de Vigência do risco individual, assim entendida a Vigência do Seguro relativamente a cada Segurado. Não terá direito à garantia de Indenização o Segurado que for acometido por câncer durante o Prazo de Carência.

Cláusula 2ª. Esta cobertura está limitada a um único Evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e

automaticamente cancelada, a partir da ocorrência do primeiro Sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito à Indenização:

I – os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro como Risco Excluído;

II - câncer não invasivo ou classificado como *in situ*, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;

III - câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma basocelular;

IV - sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;

V - câncer cujo diagnóstico tenha sido concedido pelo próprio Segurado, por parentes, ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;

VI - câncer cujo diagnóstico tenha sido concedido por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

VII – Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências;

VIII – Neoplasias Preexistentes com conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão; e

IX – Lesões pré-neoplásicas Preexistentes de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão, que tenham evoluído para neoplasias durante a Vigência do Seguro, mesmo após o término do período de carência.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data indicada na declaração médica, detalhado, específico e caracterizador do câncer.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constatem o câncer com expressa prescrição médica formal da necessidade da realização de cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia comprovada por meio de exames citológicos e histológicos apropriados;

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - Declaração Médica atestando a câncer, devidamente preenchido e assinado pelo médico profissional habilitado, o qual deverá conter também o carimbo com o CRM do médico assistente;

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;

VI – cópia do formal de partilha dos bens do Segurado ou, na falta deste, declaração de herdeiros (fornecido pela Seguradora), acompanhado de cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do (s) herdeiro (s) legalmente habilitado (s), em caso de morte do Segurado antes do recebimento da Indenização e após os primeiros 30

(trinta) dias que se seguirem à data do diagnóstico de câncer, nos termos do parágrafo 1º da cláusula 2ª.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares, conforme permitido pelo parágrafo 1º desta cláusula, o prazo estabelecido para pagamento da Indenização ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou seu representante e/ou seus herdeiros legais.

Parágrafo 3º. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora

Parágrafo 4º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 5º. Em caso de morte do Segurado após reconhecido seu direito à Indenização pelo Sinistro, porém, antes do pagamento, este será efetuado aos seus herdeiros, na forma da lei.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de Diagnóstico de Câncer de que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diagnóstico definitivo de câncer todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ANEXO 09

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de Indenização, caso o mesmo seja submetido a um transplante de córnea, rim, fígado, coração, pulmão, coração-pulmão, medula óssea ou pâncreas, durante o Período de Cobertura, de acordo com o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata esta cláusula, se o transplante resultar de acidente ou Evento que configure Risco Excluído, nos termos do Capítulo III destas cláusulas complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI das Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Para fins desta cobertura, fica estipulado Prazo de Carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito à garantia de Indenização o Segurado que tiver realizado o transplante durante o Prazo de Carência.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Para efeito desta cobertura, são considerados eventos cobertos os transplantes de córnea, rim, fígado, coração, pulmão, coração-pulmão, medula óssea ou pâncreas.

Parágrafo único. O Segurado somente terá direito à Indenização desde que o transplante prescrito formalmente pelo médico responsável seja o único recurso para a recuperação da função do

órgão afetado.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito à Indenização:

I – os transplantes decorrentes dos eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro;

II – os transplantes realizados antes do cumprimento do Prazo de Carência de que trata o parágrafo 2º da cláusula 1ª;

III – cujos órgãos não tenham sido adquiridos em instituições ou banco de órgãos autorizados;

IV - transplante de tecido;

V - autotransplante;

VI - transplantes realizados por parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica com o Segurado ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados; e

VII - transplantes realizados por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

VIII – decorrentes de doenças profissionais;

IX - demais transplantes, que não os estritamente especificados no Capítulo II destas cláusulas complementares.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data da realização do transplante.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora), totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou, no impedimento deste, por seu representante legal, e Declaração Médica atestando a realização do transplante, totalmente preenchido e assinado pelo médico profissional habilitado, o qual deverá conter também o carimbo com o CRM do médico assistente;

III - laudo anatomopatológico; e

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado autoriza expressamente qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital e outras instituições médico-hospitalares a fornecer à Seguradora quaisquer informações relacionadas com a sua condição de saúde.

Parágrafo 3º. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Parágrafo 4º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 5º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de transplante de órgãos todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHO(S) – ANEXO 10

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de morte por causas naturais ou acidentais do seu(s) filho(s), durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Segurado principal.

Parágrafo 3º. A inclusão de filho(s) menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

Parágrafo 4º. A presente cobertura é extensiva a natimorto, assim entendido o nascimento sem vida, independentemente do tempo de gestação, e devidamente comprovado através de Laudo de Exame Cadavérico e/ou Laudo Médico do respectivo Registro de Óbito, de conforme com a lei de Registros Públicos (Lei n. 6.015 de 31/12/1973).

Parágrafo 5º. Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Parágrafo 6º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

Parágrafo 7º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Filhos e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na respectiva cláusula complementar da cobertura de morte ou morte acidental contratada pelo Segurado principal.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são aquele estabelecido na respectiva cláusula complementar da cobertura de morte ou morte acidental contratada pelo Segurado principal.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na respectiva cláusula complementar, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de

toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) deste Seguro.**CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS**

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Filho(s) todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – ANEXO 11

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto do seu cônjuge, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do cônjuge poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger os cônjuges de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger os cônjuges dos Segurados principais que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 3º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na respectiva cláusula complementar da cobertura contratada pelo Segurado principal.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE EM ACIDENTE AÉREO - ANEXO 12

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado enquanto passageiro, ocorrida em acidentes aéreos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Considera-se acidente aéreo, para os fins desta cobertura, o acidente com data caracterizada e exclusivo, decorrente direta ou indiretamente de problemas na aeronave de linha aérea regular detentora de certificado de navegabilidade em vigor na data do acidente ou, na ausência deste, de autorização específica do órgão governamental competente, e ocorrido a partir da movimentação da aeronave, até o desligamento dos motores após a aterrissagem.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de acidente aéreo, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte em Acidente Aéreo e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do acidente aéreo.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V - Laudo de Necropsia ou Cadavérico;

VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VIII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX - cópia do documento de ocorrência expedido pela autoridade competente;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

XI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XII - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XIII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte em Acidente Aéreo todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANEXO 13

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente do Segurado e que seja atestada em declaração médica e comprovada mediante os documentos previstos nas Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a "perda da existência independente do Segurado" é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

I - se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;

II – se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV como Riscos Excluídos;

III - ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A concessão de auxílio doença ou a aposentadoria por

invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio, por regime especial ou por outra instituição pública ou privada não caracteriza por si só o “quadro clínico incapacitante” necessário à comprovação do evento coberto por este Seguro. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa também não configura, por si só, o “quadro clínico incapacitante” necessário à comprovação do evento coberto por este Seguro.

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. **Agravo Mórbido** - piora de uma doença

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

3. **Aparelho Locomotor** - Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

4. **Atividade Laborativa** - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

5. **Auxílio** - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
6. **Ato Médico** – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
7. **Cardiopatia Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
8. **Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.
9. **Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
10. **Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
11. **Dados Antropométricos** – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
12. **Deambular** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
13. **Declaração Médica** – documento elaborada na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
14. **Deficiência Visual** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
15. **Disfunção Imunológica** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

16. **Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
17. **Doença Crônica em Atividade** – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
19. **Doença do Trabalho** – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
20. **Doença em Estágio Terminal** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
21. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
22. **Doença Profissional** – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
23. **Estados Conexos** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
24. **Etiologia** – causa de cada doença.
25. **Fatores de Risco e Morbidade** – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento

ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

26. **Hígido** – saudável.

27. **Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

28. **Prognóstico** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

29. **Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

30. **Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

31. **Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

32. **Relações Existenciais** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

33. **Sentido de Orientação** – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

34. **Sequela** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

35. **Transferência Corporal** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CAPÍTULO III - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª - Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I - Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

II - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

VII - Deficiência visual, **decorrente de doença**:

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

igual ou menor que 60°; ou

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

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

IX - Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

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

Cláusula 4^a. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1^o. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2^o. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

I - a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

II - a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CAPÍTULO V - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da cláusula 7^a.

Parágrafo único. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas cláusulas complementares;;

IV - Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou

segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI - documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas cláusulas complementares.

VII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem

completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do

terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 11ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

Cláusula 14ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta

Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 15ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO I

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
--	---	----

<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
--	---	----

<p>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR- SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
---	--	----

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA</p>	20

ANEXO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANEXO 14

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez laborativa **permanente total** do Segurado, **durante o Período de Cobertura**, consequente exclusivamente de doença e para a qual **não se pode esperar recuperação ou reabilitação para a atividade laborativa principal do Segurado**, quando da alta médica definitiva, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, "atividade laborativa principal" é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

I - se a invalidez laborativa permanente e total do Segurado for consequente de Acidente e não de doença;

II – se a doença que causar a Invalidez laborativa permanente e total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo II como Riscos Excluídos; ou

III – se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou

regulação em vigor.

Cláusula 2ª. Consideram-se como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Cláusula 3ª. Não podem configurar como Segurados, para efeitos desta Cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na declaração médica de que trata o inciso II da cláusula 7ª.

Cláusula 6ª. Reconhecida pela Seguradora a invalidez laborativa permanente total por doença, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Declaração Médica atestando a doença, devidamente preenchido e assinado pelo médico profissional habilitado, o qual deverá conter também o carimbo com o CRM do médico assistente;

III - Laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constatem a invalidez laborativa permanente total por doença;

IV - Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício da atividade laborativa do Segurado.

V - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

VI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário; e

VIII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o

pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da invalidez, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 11ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª. Além das disposições destas cláusulas complementares, aplicam-se à cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE POR CATEGORIA DE ACIDENTE – ANEXO 15

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte por Categoria de Acidente, considera-se:

a) Transporte Coletivo: o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público fornecido e operado por uma empresa devidamente habilitada e licenciada para o transporte regular de pessoas, mediante pagamento.

b) Veículo Particular: qualquer veículo motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado como Transporte Coletivo (carro alugado etc).

Parágrafo 2º. Para fins do cálculo da Indenização devida por esta Cobertura de Morte por Categoria de Acidente, os Acidentes Pessoais serão classificados nas seguintes categorias:

“A” – Acidentes em Meio de Transporte Coletivo: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, enquanto passageiro em Transporte Coletivo por terra, água ou ar. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

“B” – Acidentes em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, enquanto ocupante de táxi ou Veículo Particular ou, ainda, enquanto pedestre for atingido ou atropelado por quaisquer destes veículos. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado

estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

“C” – Outros Acidentes: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, não enquadrado nas categorias A ou B acima. Também será enquadrada nesta categoria “C” a morte do Segurado em decorrência de exposição a elementos químicos como consequência de um Acidente Pessoal coberto. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

Parágrafo 3º. O Acidente Pessoal não poderá ser classificado em mais de uma das categorias mencionadas no parágrafo 2º.

Parágrafo 4º. Quando o(s) filho(s) for(em) incluído(s) nesta Cobertura de Morte por Categoria de Acidente pela Cláusula Complementar de Inclusão de Filho(s), a apuração da indenização devida não dependerá das categorias de acidente.

Parágrafo 5º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III – ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas**

por insetos;

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

Parágrafo único. Será considerada morte acidental para fins desta cobertura no caso do corpo do Segurado não ser encontrado após um ano do Acidente Pessoal coberto, seja em Transporte Coletivo ou Veículo Particular, desde que comprovado que o segurado era passageiro no momento do Acidente.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte por Categoria de Acidente e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo único. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura:

I – lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT).

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Morte por Categoria de Acidente será apurado de acordo com a Categoria do Acidente prevista no parágrafo 2º da Cláusula 1ª.

Parágrafo único. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

- I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- V - Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VIII - laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso;
- IX - comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- X - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- XI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência

do Segurado ou do cônjuge;

XII - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XIII - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XIV - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital

segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte por Categoria de Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL DECORRENTE DE MORTE – ANEXO 16

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo 1. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Emergencial e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e

Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;

IV - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado (somente contas de consumo: água, luz, telefone fixo e gás); e

VI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário (somente contas de consumo: água, luz, telefone fixo e gás).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Emergencial todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL DECORRENTE DE MORTE ACIDENTAL – ANEXO 17

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas exclusivamente acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Auxílio Emergencial e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado; e

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Emergencial todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR HOSPITALAÇÃO DECORRENTE DE CÂNCER, ATAQUE DO CORAÇÃO E DERRAME CEREBRAL – IEH – ANEXO 18

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização Adicional correspondente ao número de diárias de hospitalização, caso o Segurado seja submetido a Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica em decorrência de Ataque do Coração/Enfarte, Câncer ou neoplasia maligna ou Isquemia ou Hemorragia cérebro-vascular, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados na Apólice, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Parágrafo 2º. Para fins desta Cobertura, considera-se:

I – Ataque do Coração/Enfarte: necrose de uma área do músculo cardíaco, por consequência de um aporte sanguíneo deficiente na respectiva zona. O diagnóstico se baseia no histórico de dores torácicas típicas, nas elevações das enzimas cardíacas e nas alterações do ECG (eletrocardiograma);

II – Câncer ou neoplasia (tumores malignos): doença provocada por um tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares), cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas, bem como a invasão e a destruição do tecido normal, **excluídos os carcinomas não invasivos in situ, sarcoma de Kaposi e outros**

tumores associados à AIDS e qualquer tipo de câncer de pele que não seja melanoma maligno;

III - Isquemia ou Hemorragia cérebro-vascular (derrame cerebral): qualquer acidente cérebro-vascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia. A deficiência neurológica deve ser permanente, não se observando qualquer regressão nas primeiras 72 (setenta e duas) horas, e estar instalada por pelo menos 3 (três) meses. A deficiência neurológica deve ser demonstrada clinicamente de forma objetiva e determinar, por si só, uma incapacidade funcional de membro(s) e/ou órgão(s).

Parágrafo 3º. Hospitalizações por outras doenças não descritas nos incisos I a III do parágrafo 2º não estarão cobertas e, por isso, não conferirão ao segurado qualquer direito à Indenização.

Parágrafo 4º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a hospitalização resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 5º. Para fins desta Cobertura, A Apólice poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for hospitalizado durante o Prazo de Carência bem como durante o período de Franquia.

Parágrafo 6º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido na Apólice.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura Indenização Adicional por Hospitalização e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os

Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as hospitalizações decorrentes de:

I - auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

II - gravidez, parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrente de Acidente pessoal;

III - interrupção provocada da gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

IV - infecções produzidas pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as doenças a ela relacionadas;

V - quaisquer alterações consequentes de stress;

VI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

VII - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

VIII - hospitalizações quando o segurado não estiver sob cuidados médicos legalmente habilitados;

IX - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

X - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção cirúrgica para tratamento de

neoplasias malignas;

XI - hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

XIII - tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

XIV - períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XV - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

XVI - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

XVII - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

XVIII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XIX- despesas realizadas com acompanhantes do Segurado; XX - internações domiciliares;

XXI - patologias indicadas na cláusula 3^a; e

XXII - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as hospitalizações:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

V – clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO III – RESTRIÇÃO DE PATOLOGIA

Cláusula 3ª. De acordo com as informações prestadas pelo Proponente na Declaração Pessoal de Saúde, reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao Segurado.

Parágrafo único. Se, quando do recebimento do Certificado, o Segurado optar pelo cancelamento do Seguro, o mesmo deverá solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o cancelamento e restituirá o Prêmio pago relativos a esta Cobertura, se for o caso, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.

CAPÍTULO IV – REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

Cláusula 4^a. O valor do Prêmio será ajustado a cada ano, na data da renovação do Seguro, de acordo com a nova idade do Segurado, conforme a seguinte tabela:

Idade (anos)	Aumento no Prêmio (%)
De 20 para 21	7,5580%
De 44 para 45	76,9857%
De 54 para 55	55,5696%
De 64 para 65	110,2277%
De 69 para 70	32,8775%

Parágrafo único. Adicionalmente ao ajuste previsto no caput, o valor do Prêmio será atualizado monetariamente de acordo com o disposto na Apólice.

CAPÍTULO V - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 6^a. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea "a" da Cláusula 7^a indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1^o Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2^o Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3^o A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta

Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 7^a. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 7^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;
- g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

Parágrafo 1^o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2^o. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar somente poderá ser contratada em conjunto, no mínimo, com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

Parágrafo 1º . Poderão ser admitidos no Seguro, com o mesmo Capital Segurado do Segurado Principal o cônjuge, companheiro(a), filho(s), pais, irmãos e demais dependentes do Segurado Principal assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física, desde que não possam ser considerados como Segurados Principais.

Parágrafo 2º . O(s) filho(s) do Segurado Principal incluídos no Seguro serão automaticamente excluídos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos de idade.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Indenização Especial por Hospitalização todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº

15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA NÃO PROFISSIONAL – IFPTD_NP – ANEXO 19 (versão adaptada à Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB n. 06/2008)

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que o requeira, o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a Perda da sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no Capítulo II – Riscos Cobertos desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do cancelamento do Seguro constantes nas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a Perda da Existência Independente do Segurado é caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no Capítulo V – Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

I - se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;

II – se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV como Riscos Excluídos;

III - ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

36. **Agravo Mórbido** - piora de uma doença

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

38. **Aparelho Locomotor** - Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

39. **Atividade Laborativa** - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

40. **Auxílio** - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

42. **Cardiopatía Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatía Grave”.
43. **Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.
44. **Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
45. **Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
46. **Dados Antropométricos** – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
47. **Deambular** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
48. **Declaração Médica** – documento elaborada na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
49. **Deficiência Visual** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
50. **Disfunção Imunológica** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
51. **Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
52. **Doença Crônica em Atividade** – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

53. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
54. **Doença em Estágio Terminal** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
55. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
56. **Doença Profissional** – aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
57. **Estados Conexos** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
58. **Etiologia** – causa de cada doença.
59. **Fatores de Risco e Morbidade** – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
60. **Hígido** – saudável.
61. **Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
62. **Prognóstico** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
63. **Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

64. **Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

65. **Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

66. **Relações Existenciais** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

67. **Sentido de Orientação** – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

68. **Sequela** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

69. **Transferência Corporal** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CAPÍTULO III - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª - Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I - Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

II - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou

insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

VII - Deficiência visual, **decorrente de doença**:

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

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

IX - Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

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

Cláusula 4ª. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional

Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto por dois documentos: o primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

Parágrafo 2º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

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

Parágrafo 4º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 5º. O segundo documento - Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 6º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

I - a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

II - Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

III - a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CAPÍTULO V - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da cláusula 7ª.

Parágrafo 1º. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

Parágrafo 2º. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas cláusulas complementares;;

IV - Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI - documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial

(comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas cláusulas complementares.

VII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total

por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 11ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

Parágrafo único. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

Cláusula 14ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. As demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

Parágrafo único. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Cláusula 15ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO I

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PO NT OS
------------------	----------------	-------------------------

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU:	
	O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU:	
	O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU:	
	O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAI S DO SEGURADO</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

<p>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR- SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20
--	---	----

ANEXO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PO NTU AÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM COBERTURA PARA PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA – IPA_SPA – ANEXO 20

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando

a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	
Parcial	Perda total da visão de um olho	30
Diversas	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	40
	Mudez incurável	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	50
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial	Perda total do uso de um dos membros superiores	70

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Membros Superiores	Perda total do uso de uma das mãos Fratura não-consolidada de um dos úmeros Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares Anquilose total de um dos ombros Anquilose total de um dos cotovelos Anquilose total de um dos punhos Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano Perda total do uso da falange distal do polegar Perda total do uso de um dos dedos indicadores	60 50 30 25 25 20 25 18 9 15
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios Perda total do uso de um dos dedos anulares Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12 9
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores Perda total do uso de um dos pés Fratura não-consolidada de um fêmur Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	70 50 50 25 20

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	
Parcial	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Membros	Anquilose total de um quadril	20
Inferiores	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2 , e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	3
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	
	de 4 (quatro) centímetros	
	de 3 (três) centímetros	
	menos de 3 (três) centímetros	15
		10

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Diversas	MANDÍBULA	

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20

NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO		
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3

	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	20
SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	12
PERDA DO BAÇO		15
APARELHO URINÁRIO		
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente		
	Com função renal preservada	25
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único		75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	12
	Perda do útero antes da menopausa	30

	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	18
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
	Traqueostomia definitiva	40
	TORAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia-parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	12
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75

	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia total unilateral	10
	Mastectomia total bilateral	20
	ABDOMEN (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabortiva ou ileostomia definitiva.	40
	INTESTINO GROSSO	

	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	40
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	75
	SINDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (com hidrocefalia pós traumática)	20
	Síndrome pós-concussional	5

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela

aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora); III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX - radiografia do membro atingido, se for o caso; e
- X - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos**

e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempassador, se houver divergência.

Cláusula 13ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempassador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 14^a. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15^a. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR CATEGORIA DE ACIDENTE – ANEXO 21

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1^a. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por Acidente Pessoal coberto durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1^o. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente, considera-se:

c) Transporte Coletivo: o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público fornecido e operado por uma empresa devidamente habilitada e licenciada para o transporte regular de pessoas, mediante pagamento.

d) Veículo Particular: qualquer veículo motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado como Transporte Coletivo (carro alugado etc).

Parágrafo 2º. Para fins do cálculo da Indenização devida por esta Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente, os Acidentes Pessoais serão classificados nas seguintes categorias:

“A” – Acidentes em Meio de Transporte Coletivo: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, enquanto passageiro em Transporte Coletivo por terra, água ou ar. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

“B” – Acidentes em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, enquanto ocupante de táxi ou Veículo Particular ou, ainda, enquanto pedestre for atingido ou atropelado por quaisquer destes veículos. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

“C” – Outros Acidentes: Acidente Pessoal ocorrido com o Segurado, não enquadrado nas categorias A ou B acima. Também será enquadrada nesta categoria “C” a Invalidez Permanente do Segurado em decorrência de exposição a elementos químicos como consequência de um Acidente Pessoal coberto. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado no momento da adesão ao Seguro.

Parágrafo 3º. O Acidente Pessoal não poderá ser classificado em mais de uma das categorias mencionadas no parágrafo 2º.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata a cláusula 1ª se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal de acordo com tabela contida no parágrafo 1o, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo III em vigor.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez total e permanente, com cobertura de 100% (cem por cento) do capital, hipótese em que a cobertura será extinta.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas cláusulas 1ª e 2ª está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo único. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura:

I – lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT).

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente será apurado de acordo com a Categoria do Acidente prevista no parágrafo 2º da Cláusula 1ª e mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Cobertura	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Invalidez Permanente Total ou	Perda da visão dos dois olhos	100%
	Perda de dois ou mais membros	100%
	Perda da visão de um olho e perda de um membro	100%
Cobertura	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Parcial por Categoria de Acidente	Perda da visão de um olho	50%
	Perda de um membro	50%

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Parágrafo 3º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora); III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI – laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso;

VII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VIII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

IX - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

X - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

XI - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário,

salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 9ª No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 10ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital seguro de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro. 177

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (por Acidente ou Doença) – ANEXO 22

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização para cada dia de afastamento de suas atividades profissionais, caso seja constatada a sua incapacidade temporária decorrente de Acidente Pessoal ou doença ocorrido durante o Período de Cobertura, observado o número máximo de diárias indenizáveis, o Prazo de Carência e Franquia estabelecidos na Apólice.

Parágrafo 1º Caracteriza a Incapacidade Temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos e atestada por profissional legalmente habilitado, comprovada mediante atestado(s) médico(s) e exame(s) complementar(es).

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a diária por incapacidade, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito à Indenização:

I – os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro;

II - auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da

integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

III – tratamentos para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos relacionados a métodos de anticoncepção;

IV – cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

V – tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ela relacionado(s);

VI – anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, independentemente da causa;

VII - tratamentos contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

VIII - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal coberto;

IX – período em que o Segurado estiver em tratamento fisioterápico, exceto se o referido tratamento for decorrente de doenças neurológicas.

CAPÍTULO III – PRAZO DE CARÊNCIA E FRANQUIA

Cláusula 3^a. Para fins desta cobertura, fica estipulado Prazo de Carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de Vigência do risco individual. Não terá direito à garantia de

Indenização o Segurado que for acometido por Incapacidade Temporária durante o Prazo de Carência.

Cláusula 4ª. A Apólice de Seguro poderá estabelecer Franquia para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária, contados a partir da data da comprovação do Evento, correspondente a um número de dias durante os quais o Segurado não terá direito à Indenização.

CAPÍTULO IV – LIMITES

Cláusula 5ª. O Capital Segurado da Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária poderá ser limitado de acordo com o disposto na Apólice, e pago enquanto perdurar o afastamento das atividades profissionais, devidamente comprovado nos termos do Capítulo VI.

Parágrafo único. Adicionalmente ao limite de Capital Segurado, a Apólice poderá estabelecer limite máximo de diárias indenizáveis.

CAPÍTULO V – REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

Cláusula 6ª. O valor do Prêmio será ajustado a cada ano, na data da renovação do Seguro, de acordo com a nova idade do Segurado, conforme a seguinte tabela:

Transição de Faixa Etária	Aumento no Prêmio (%)
de 21 até 35 anos	-
de 36 até 45 anos	25%
de 46 até 55 anos	25%
de 56 até 60 anos	25%
de 61 até 65 anos	25%
de 66 até 69 anos	25%
de 70 anos em diante	25%

Parágrafo único. Adicionalmente ao ajuste previsto no caput, o

valor do Prêmio será atualizado monetariamente de acordo com o disposto na Apólice.

CAPÍTULO VI - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade emitido pelo profissional médico legalmente habilitado;

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV – cópia do(s) exame(s) realizado(s) que comprovem a incapacidade;

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado (somente contas de consumo: água, luz, telefone fixo, gás);

VI - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VIII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);

IX - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

X – Declaração do Empregador e do órgão previdenciário constando os dias em que o

Segurado ficou afastado de suas atividades profissionais; e XI – cópia do Registro de Empregados ou Carteira Profissional.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VII - CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

Parágrafo 1º. Poderão ser admitidos no Seguro, com o mesmo Capital Segurado do Segurado Principal o cônjuge, companheiro(a), filho(s), pais, irmãos e demais dependentes do Segurado Principal assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física, desde que não possam ser considerados como Segurados Principais.

Parágrafo 2º. O(s) filho(s) do Segurado Principal incluídos no Seguro serão automaticamente excluídos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos de idade.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

TABELA DE EVENTOS COBERTOS E LIMITES DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

A = afastamento sem internação hospitalar B =

afastamento com internação hospitalar

C = afastamento com internação hospitalar e intervenção cirúrgica (*)

NÚMERO MÁXIMO DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS PARA CADA TIPO DE AFASTAMENTO
--

EVENTOS COBERTOS	A	B	C
INFECCÕES INTESTINAIS AGUDAS			
Cólera	0	6	6
Febre Tifóide e Paratifóide	0	6	6
Gastrenterite e Septicemia por Salmonella ou Shigella	0	6	6
Intoxicações Alimentares bacterianas (estaficócica, C. Pefringens, V. Parahaemolyticos e outros)	0	6	6
Disenteria amebiana aguda sem menção de abscesso	0	6	6
Outras doenças intestinais agudas devidas a protozoários	0	6	6
Outras enterites bacterianas agudas	0	6	6

Infeções intestinais agudas devidas a vírus com menção de desintéria aguda	0	3	3
--	---	---	---

TUBERCULOSES			
Complexo primário tuberculoso	15	30	45
Pleuris tuberculoso na tuberculose primária progressiva	15	30	45
Outras tuberculoses primárias progressivas	15	30	45
Tuberculose infiltrativa e nodular do pulmão	15	30	45
Tuberculose pulmonar com caverna	15	30	45
Tuberculose dos brônquios	15	30	45
Pneumonia tuberculosa (qualquer forma)	15	30	45
Pneumotórax tuberculoso	15	30	45
Tuberculose dos gânglios linfáticos intratorácicos	15	30	45
Tuberculose traqueal ou brônquica isolada	15	30	45
Laringite tuberculosa	15	30	45
Meningite tuberculosa	19	38	57
Tuberculoma das meninges	19	38	57
Outras tuberculoses das meninges e do sistema nervoso central	19	38	57
Do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos	19	38	57
Dos ossos e das articulações	19	38	57
Do aparelho geniturinário	19	38	57
Da pele e tecido celular subcutâneo	19	38	57

Tuberculose de outros órgãos	19	38	57
Tuberculose miliar aguda	19	38	57
ZOONOSES E OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS			
Peste Bubônica	10	20	30
Tularemia	10	20	30
Carbúnculo	10	20	30
Brucelose aguda	10	20	30
Mormo	10	20	30
Melioidose	10	20	30
Febre transmitida por mordedura de rato	10	20	30
Difteria	10	20	30
Coqueluche	10	20	30
Angina Estreptocócica e Escarlatina	10	20	30
Meningite Meningocócica	10	30	60
Encefalite Meningocócica	10	30	60
Meningococemia	10	30	60
Síndrome de Waterhouse Friderichsen (meningocócica)	10	30	60
Cardite Meningocócica	10	30	60
Tétano	10	30	60
Septicemia	0	30	40
Gangrena gasosa	0	30	40
Rinoscleroma	0	30	40

Doença de Whipple	0	30	40
Necrobacilose	0	30	40
INFECCÕES ACTINOMICÓTICAS			
Infecções Actinomicóticas	0	25	40
VIROSES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
Poliomelite	40	40	40
Devidas a Vírus Lentos	40	40	40
DOENCAS VIRÓTICAS ACOMPANHADAS POR EXANTEMA			
Variola, vacina, paravacina e varicela	10	20	20
Herpes Zoster com Meningite e outras complicações do sistema nervoso	0	20	30
Herpes Zoster com complicações oftálmicas	10	20	30
Herpes simples Meningoencefalite Herpética	0	20	30
Herpes Simples com complicações oftálmicas	10	20	30
Septicemia Herpética	0	30	40
Sarampo, Rubéola e Eritema infeccioso	0	10	20
ENCEFALITES VIRAIS			
Encefalites virais transmitidas por artrópodes	30	30	50
DOENCAS VIRÓTICAS E POR CLAMÍDIAS			
Hepatite Viral, não especificada, sem menção de Coma Hepático	45	45	55
Raiva	0	20	30
Parotidite Epitêmica (caxumba)	10	30	50

Ornitose	10	20	30
Doenças devidas a Vírus Coxsackie	0	20	20
Mononucleose Infecciosa	15	15	15
Tracoma (estágio inicial)	20	20	20
DOENÇAS CAUSADAS POR ESPIROQUETAS			
Leptospirose	0	40	50
MICOSES			
Coccidioidomicose	0	30	40
Histoplasmose Aguda e Aguda Progressiva	0	30	40
NEOPLASMAS MALIGNOS			
Do lábio, da boca e da faringe	10	20	50
Dos órgãos digestivos e do peritônio	10	30	70
Dos órgãos respiratórios e intratorácicos	10	30	70
Do tecido conjuntivo, da pele e da mama	10	30	70
Dos órgãos genitourinários	10	30	40
Do olho (do globo ocular e anexos)	10	20	30
Do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso	10	30	80
Da tireóide e de outras glândulas endócrinas	10	30	50
NEOPLASMAS MALIGNOS DOS TECIDOS LINFÁTICO E HEMATOPOIÉTICO			
Linfossarcoma e Reticulossarcoma	10	60	70
Doença de Hodgkin (Paragranuloma)	10	60	70
Linfoma nodular	10	60	70

Meiloma Múltiplo e Neoplasmas Imunoproliferativos	10	60	70
Leucemia Linfóide Aguda	10	60	70
Leucemia Linfóide Subaguda	10	60	70
Leucemia Mielóide Aguda	10	60	70
Leucemia Mielóide Subaguda	10	60	70
Leucemia Mielóide (Sarcoma Mielóide)	10	60	70
Leucemia Monocítica Aguda	10	60	70
Leucemia Monocítica Subaguda	10	60	70
Eritremia ou Eritroleucemia Aguda	10	60	70
Leucemia Megacariocítica	10	60	70
NEOPLASMAS BENIGNOS			
Dos lábios, da boca e da faringe	0	2	12
De outras partes do aparelho digestivo	0	2	14
Dos órgãos respiratórios e intratorácicos	0	5	25
Dos ossos e das cartilagens articulares	0	5	25
Lipoma	0	0	3
Do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	0	2	7
Da pele	0	2	5
Da mama	0	2	10
Leiomioma uterino e outros neoplasmas benignos	0	0	30
Dos órgãos genitais masculinos	0	0	3
Do rim e de outros órgãos do aparelho urinário	0	5	35

Do olho	0	0	5
De encéfalo e de outras partes do sistema nervoso	0	5	55
Das glândulas tireóide e paratireóides	0	5	15
Da glândula supra-renal	0	10	40
Da hipófise e conduto craniofaríngeo	0	10	60
Da pineal	0	10	60
Do glomo carotídeo	0	10	60
Do corpúsculo aórtico e outros paragânglios	0	10	60
CARCINOMA IN SITU			
Carcinoma in situ (qualquer localização)	5	10	40
TRANSTORNOS DA TIREÓIDE			
Tireotoxicose sem menção de bócio ou outra causa	0	20	30
Tireoidite aguda e subaguda	0	10	20
Cisto da tireóide	0	0	10

Hemorragia e infarto da tireóide	0	10	20
PÚRPURA			
Púrpura Alérgica	0	20	30
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
Meningite bacteriana ou por outros microorganismos	0	30	50
Encefalite, mielite e encefalomielite	0	30	50
Abcesso intra-craniano e intra-raquidiano	0	30	70
Flebite e tromboflebite dos seis venosos intra-cranianos	0	30	70
DOENÇAS DO APARELHO ÓPTICO			
Transtornos do Globo Ocular			
Com defeito retidiano	10	10	30
Retinosquise e cistos da retina	0	0	15
Deslocamento da Retina			
Com defeito retidiano	30	30	30
Retinosquise e cistos da retina	30	30	30
Seroso (quadro agudo)	30	30	30
Deslocamentos e defeitos da retina sem deslocamento	10	10	10
Outros transtornos da Retina			
Oclusão vascular	10	10	10

Separação das camadas da retina (quadros agudos)	30	30	30
--	----	----	----

Inflamações, Cicatrizes Coriorretinianas e Outros Transtornos da Coróide			
Hemorragia e ruptura da coróide	10	10	10
Deslocamento da coróide	20	20	20
Transtornos da Íris e do Corpo Ciliar			
Iridociclite aguda e subaguda	5	5	5
Aderências	5	5	5
Rupturas (traumáticas)	0	5	5
Ceratite			
Úlcera da córnea	5	5	5
Caratoconjuntivites	5	5	5
Transtornos da Coniuntiva			
Blefarconjuntivite	5	5	5
Outras conjuntivites (agudas)	5	5	5
Inflamação das Pálpebras			
Calázio	5	5	5
Transtornos do aparelho lacrimal			

Diacriadenite	7	7	7
Inflamação aguda e não especificada dos canais lacrimais	7	7	7
Estenose e insuficiência dos canais lacrimais	0	15	15

Transtornos da órbita			
Inflamação aguda da órbita	15	15	15
Transtornos do Nervo Óptico e das Vias Ópticas			
Neurite Óptica	10	10	10
Outros Transtornos do Olho			
Esclerite e Episclerite	5	5	5
Transtornos do humor vítreo	0	0	20
Fratura dos ossos do assoalho da órbita (explosão)	10	15	15
Ferimento dos Anexos do Olho			
Laceração total ou parcial da pele da pálpebra e da região periocular	5	5	5
Ferimento perfurante da órbita	5	5	7
Ferimento do Globo Ocular			
Laceração Ocular	7	7	7
Rotura do olho com perda parcial de tecido intra-ocular	10	10	10

Avulsão do olho	10	10	10
Perfuração do globo ocular por corpo estranho	7	7	7
DOENÇAS DO APARELHO AUDITIVO			
Pericondrite da Orelha	0	10	10
Otite média aguda supurativa	3	3	3
Mastoidite aguda	0	10	10
Petrosite	0	15	15
Doença de Menière (primeiro quadro)	10	10	10
Labirintite aguda (primeiro quadro)	5	10	10
Fístula do labirinto	10	15	20
Otosclerose que compromete a janela oval, não obliterante	0	0	24
Efeitos do ruído sobre o ouvido interno (trauma sonora agudo)	10	10	20
Perda súbita da audição, não especificada	10	10	20
Transtornos do nervo acústico (neurinoma do acústico)	0	0	40
DOENÇAS DO CORAÇÃO			
Doenças Isquêmica do Coração			
Infarto agudo do miocárdio	0	100	120
Angina do peito	0	50	120
Aneurisma do coração	0	30	120

Doença pulmonar aguda do coração - Embolia Pulmonar	0	80	100
Aneurisma da artéria pulmonar	0	50	70
Outras Doenças do Coração			
Pericardite aguda infecciosa	0	60	80
Endocardite bacteriana aguda e subaguda	0	60	80
Miocardite aguda	0	60	80
Hemopericárdio	0	60	80
Transtornos não reumáticos das válvulas cardíacas	0	20	60
Transtornos da Condução Cardíaca em Pacientes Sem Cardiopatias Prévias			
Bloqueio Atrioventricular Completo	0	30	30
Bloqueio de ramo direito	0	30	30
Excitação atrioventricular anômala	0	30	30
Taquicardia paroxística supraventricular	0	30	30
Flutter e fibrilação atrial	0	30	30
Flutter e fibrilação ventricular	0	30	30
DOENÇAS CEREBROVASCULARES			
Hemorragia subaracnoidiana	0	50	90
Hemorragia intracerebral	0	50	90

Hemorragia extradural não traumática	0	50	90
Hemorragia subdural	0	50	90
Estenose e oclusão das artérias pré-cerebrais	0	50	90
Trombose ou embolia cerebral	0	50	90
Isquemia cerebral transitória	0	20	80
Encefalopatia hipertensiva	0	20	80
Aneurisma cerebral	0	50	90
Artrite cerebral	0	20	80
Trombose não piogênica dos seios venosos intra-cranianos	0	50	90
Doenças das Artérias, Arteríolas e Capilares			
Aneurisma aórtico	0	50	100
Outros Aneurismas			
Das artérias renal ou ilíaca	0	40	80
Das artérias das extremidades inferiores	0	30	60
De outras artérias especificadas	0	30	60
Doenças Vasculares Periféricas			
Síndrome de Raynaud	0	0	15
Tramboangeíte obliterante (Doença de Burger)	0	20	50
Embolia e Trombose Arteriais			

Da aorta	0	50	100
Das artérias das extremidades	0	30	60
De outras artérias especificadas	0	30	60
Outras Doenças das Artérias e Arteríolas			
Fístula arteriovenosa adquirida	0	0	40
Constricção ou estreitamento de artéria	0	0	40
Rotura de artéria	0	0	40
Hiperplasia da artéria renal	0	0	50
Síndrome de compressão da artéria celíaca	0	0	40
Necrose de artéria	0	0	40
Flebite e Tromboflebite			
De vasos superficiais das extremidades inferiores	10	30	40
De vasos profundos das extremidades inferiores	0	30	40
Trombose			
Da veia aorta	0	40	80
Embolias e Trombose Venosas			
Da veia cava	0	40	80
Da veia renal	0	40	80
De outras veias especificadas	0	20	30

Transtornos Não Infecciosos dos Linfáticos			
Linfangite	10	20	30
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO			
Doenças das Vias Respiratórias Superiores			
Abcesso periamigdaliano	5	10	15
Paralisa das cordas vocais ou da larinxe	5	10	15
Pneumonias			
Viral	5	145	25
Pneumocóciaca	10	20	30
Outras pneumonias bacterianas	10	20	30
Pneumonias ou broncopneumonias devidas a outros microorganismos especificados	10	20	30
Doenças Agudas do Pulmão Devidas a Agentes Externos			
Afecções respiratórias devidas a gases, fumaça e vapores químicos	0	20	40
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	0	15	40
Empiema	0	35	45
Pleuris, exceto o devido a tuberculose	0	25	30
Pneumotórax	0	25	30
Abcesso do pulmão e do mediastino		35	45

Pneumotórax e homotórax traumáticos com ferimento penetrante do tórax	10	30	30
Pneumotórax e hemotórax traumáticos com ferimento penetrante do tórax	10	30	100
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO			
Doenças das Glândulas Salivares			
Sialodenite	0	5	10
abcesso	0	2	5
Fístula	0	2	5
Sialotitíase	0	2	5
Doenças dos Tecidos Moles da Boca			
Celulite e Abcesso	0	2	5
Cistos	0	2	5
Doenças do Esôfago			
Esofagite aguda	0	5	30
Úlcera do esôfago	0	5	30
Estenose e estreitamento do esôfago	0	5	30
Perfuração do esôfago	0	5	30
Discinesia so esôfago	0	5	30
Síndrome de laceração e hemorragia gastro-esofágicas	0	5	30

Úlcera gástrica, duodenal ou gastrojejunal aguda	0	10	50
Gastrite e duodenite agudas	0	10	40
Estenose Pilórica Hipertrófica	0	10	40
Divertículo Gástrico	0	10	40
Fístula do estômago ou duodeno	0	10	40
Gastroptose	0	10	40
Estenose ou Estreitamento em ampulheta do estômago	0	10	40
Doenças do Apêndice			
Apendicite aguda	0	10	40
Outras Doenças do Aparelho Digestivo			
Proctolite Idiopática	0	10	40
Insuficiência vascular aguda do intestino	0	10	40
Outras gastroenterites e colites não infecciosas	0	10	30
Obstrução intestinal sem menção de Hérnia	0	10	35
Diverticulite aguda do intestino delgado e do cólon	0	10	40
Fissura, Físticula e Abscesso da região ano-retal	0	5	15
Peritonite	0	10	40
Pólipo anal e retal	0	10	20
Prolapso retal	0	10	25

Estenose do reto e do ânus	0	10	25
Doenças do Fígado, Vesícula Biliar e Pâncreas			
Coletitíase com ou sem Colecistite aguda	0	10	30
Colecistite Aguda	0	10	30
Obstrução da vesícula biliar	0	10	30
Hidrospia da vesícula biliar	0	10	30
Perfuração da vesícula biliar	0	10	30
Fístula da vesícula biliar	0	10	30
Colesterolose da vesícula biliar	0	10	30
Colangite	0	10	30
Obstrução de via biliar	0	10	30
Perfuração de via biliar	0	10	30
Fístula de via biliar	0	10	30
espasmo de Esfíncter de Oddi	0	10	30
Pancreatite aguda	0	20	50
Cisto e pseudocisto do pâncreas	0	10	30
Má absorção intestinal (Espru Tropical)	0	10	5
DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO			
Glomerulonefrite Aguda	10	15	30

Insuficiência Renal Aguda	0	20	50
Pielonefrite e Pionefrose Agudas	10	10	20
Abcesso Renal e Perinefrético	0	10	30
Pieloureterite Cística	10	10	20
Calculose do Rim ou do Uréter	0	10	30
Cisto do rim (adquirido)	0	10	30
Constricção ou dobra do Uréter	0	10	30
Refluxo Vésico-Uretérico	0	5	15
Calculose do trato urinário inferior	0	10	30
Cistite Aguda	0	5	10
Trigonite	0	5	10
Obstrução do colo da bexiga	0	5	10
Fístula Entero-Visical	0	5	20
Fístula Vesical não classificada em outra parte	0	5	20
Divertículo da bexiga	0	5	15
Atonia da bexiga	0	5	15
Rotura da bexiga não traumática	0	5	20
Hemorragia Intramural da bexiga	0	5	10
Abcesso Uretral	0	5	5

Estenose da uretra (infecciosa ou traumática)	0	5	10
Fístula Uretral	0	10	15
Divertículo uretral	0	5	15
Carúncula Uretral	0	5	15
Falso pertuito Uretral	0	5	15
Prolaspo da mucosa uretral	0	5	15
DOENCAS DO APARELHO GENITÁRIO			
Doenças do Aparelho Genital masculino			
Prostatite Aguda	0	5	10
Abcesso da Próstata cálculo da Próstata	0	5	10
Cálculo da Próstata	0	5	10
Congestão ou Hemorragia da Próstata	0	5	10
Orquite, Epididimite e Epidídimo-Orquete com ou sem menção de abcesso	0	5	10
Vesiculite Seminal	0	5	10
Torção de Testículo	0	5	5
Doenças do Aparelho Genital Feminino			
Cisto solitário da mama	0	0	15
Fibroadenose da Mama	0	0	15

Ectasia de Dutos Mamários	0	0	15
Necrose gordurosa da mama	0	0	25
Cisto de Bartholin (primeiro quadro)	3	3	3
Abcesso de Bartholin	5	5	5
Abcesso de Skheeni	5	5	5
Ulceração da Vulva	5	5	5
Endometriose	5	10	20
Cisto ou Hematoma de Corpo Lúteo (roto)	5	5	15
Outros cistos ovarianos e os não especificados	0	0	15
Torcão do ovário, do pedículo ovariano ou da trompa de falópio	0	0	15
Síndrome de laceração do ligamento largo	0	0	15
Pólipo mucoso do colo	3	3	3
DOENÇAS DA PELE			
Furúnculos	0	5	3
Linfadenite Aguda	0	5	10
Impetigo	0	5	5
Cisto Pilonidal com Acesso	0	5	5
Pioderma	0	10	15
Granuloma Pioquênico	0	10	15

DOENÇAS DO APARELHO LOCOMOTOR**Artrite**

Pioquênica (aguda)

0 10 15

Lesões Meniscais Agudas

Correção por Artroscopia

10 15 25

Correção por Cirurgia

10 15 30

Condromalacia Patelar

10 10 10

Outros Desarranios das Articulações

Derrame articular traumático do joelho sem etiologia artrósica

10 10 10

Hemartrose do joelho sem etiologia artrosia

10 10 10

Espondilíase

Espondilopatias inflamatórias agudas da coluna vertebral

4 4 4

Espondilopatia traumática da coluna vertebral

5 5 5

Transtornos dos Discos Intervertebrais

Deslocamento de disco intervertebral sem mielopatia

20 40 40

Deslocamento de disco intervertebral com mielopatia

30 30 60

OUTROS TRANSTORNOS DA REGIÃO CERVICAL

Síndromes cervicocraniana e cervico-branquial agudas

0 5 30

Paniculite especificada como atingindo o pescoço

5 5 30

Sinovite e tenossinovite traumáticas	5	5	30
Rotura de Sinóvia	15	15	30
Rotura não traumática de tendão	15	15	30
Miosite Infecciosa	5	5	20
Osteomielite			
Osteomielite hematocênica aguda (primeiro quadro)	15	45	90
Fratura do Crânio e da Face			
Da abóboda, fechada, sem menção de lesão intra-craniana	10	10	15
Dos ossos malar e maxilar, fechada	20	40	50
Dos ossos malar e maxilar aberta	20	50	70
Do crânio, fechada, sem menção de lesão intra-craniana	20	30	50
Do crânio, fechada, com lesão intra-craniana	20	40	70
Do crânio, aberta, sem menção de lesão intra-craniana	20	40	70
Do crânio, aberta, com lesão intra-craniana	20	40	60
Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, fechada, sem menção de lesão intra-craniana	20	50	60
Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, fechada, com lesão intra-craniana	20	50	70
Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, sem menção de lesão intra-craniana	20	50	70

Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta,	20	50	80
Fratura da Coluna Cervical			
Sem menção de lesão de medula espinhal (cervical), fechada ou aberta	30	30	30
Sem menção de lesão de medula espinhal (dorsal ou torácica), fechada ou aberta	45	45	45
Sem menção de lesão de medula espinhal (lombar), fechada ou aberta	45	45	60
Sem menção de lesão de medula espinhal (sacro-cóccix), fechada ou aberta	20	30	30
Com lesão da medula espinhal (cervical)	120	120	120
Com lesão da medula espinhal (torácica)	120	120	120
Com lesão da medula espinhal (lombar)	120	120	120
Com lesão da medula espinhal (sacro-cóccix)	60	60	60
Fratura de Costela. Esterno. Laringe e Traquéia			
Da costela	5	10	10
Do esterno	8	8	24
Por afundamento de tórax	15	30	45
Da laringe e traquéia	10	10	20

Fratura da Bacia			
Do acetábulo	30	60	90
Do púbis	15	30	45
Do íliaco	15	30	60
Fratura dos Membros Superiores			
Da clavícula e omoplata	25	25	50
Do Úmero (extremidade superior)	30	30	60
Do Úmero (diáfise)	45	45	45
Do Úmero (extremidade inferior)	20	20	40
Do rádio e do cúbito (extremidade superior)	35	35	70
Do rádio e do cúbito (diáfise)	60	60	60
Do rádio e do cúbito (extremidade inferior)	25	25	45
Fratura do escafoide	35	35	35
Fratura de osso(s) do metacarpo	20	20	40
Fratura de uma ou várias falanges do indicador ou polegar	15	15	30
Fratura de uma ou várias falanges dos demais dedos	0	0	5
Fratura dos Membros Inferiores			
Do colo do fêmur (transcervical)	20	20	20
Do colo do fêmur (peritrocantéria)	30	30	60

Do fêmur (diáfise)	45	45	45
Do fêmur (extremidade inferior)	30	30	90
Da rótula	30	30	30
Da tíbia e do perônio (extremidade superior)	30	30	60
Fratura da tíbia e do perônio (diáfise)	60	60	90
Maleolar	30	30	30
Bimaleolar	60	60	60
Trimaleolar	85	85	85
Do calcâneo	30	30	60
De outros ossos do tarso e matatarso	20	20	30
Do Hállux	10	10	10
Luxação dos Membros Superiores			
Temporomandibular simples	20	20	406 0
Temporomandibular composta	30	30	60
Do ombro simples	30	30	60
Do ombro composta	40	40	60
Do cotovelo simples	30	30	30
Do cotevelo composta	45	45	55

Do punho simples	30	30	30
Do punho composta	30	30	40
Do polegar ou indicador - simples	10	10	10
Do polegar ou indicador - composta	10	10	20
Luxação dos Membros Inferiores			
Do quadril simples	60	60	60
Do quadril composta	60	60	90
Do joelho (rotura da cartilagem ou dos meniscos)	40	40	40
Da rótula	15	15	25
Do tornozelo simples	40	40	40
Do tornozelo composta	60	60	60
Dos ossos do médio pé	40	40	40
Do Hállux	10	10	10
Da vértebra cervical sem lesão da medula espinhal	80	80	80
Da vértebra torácica e lombar sem lesão da medula espinhal	80	80	80
Da vértebra cervical, torácica e lombar com lesão da medula espinhal	120	120	120
Entorses e Distensões			
Do ombro e do braço (acromioclavicular)	10	10	30

Dos ligamentos colaterais do joelho	10	10	40
Dos ligamentos cruzados do joelho	15	15	55
Contusões e Demais Entorses e Distensões de Outras Partes do Coto			
Quando indica imobilização cessada	5	5	5
DEMAIS LESÕES TRAUMÁTICAS			
Os afastamentos das atividades profissionais comprovadamente causados por lesões traumáticas (ferimentos, lacerações, esmagamentos, queimaduras, intoxicações acidentais e outras similares), somente serão aceitos quando demandarem internação hospitalar comprovada pela perícia da Seguradora. Nestes casos, as diárias do seguro serão pagas da seguinte forma:			
I - No máximo, três diárias para cada dia de comprovada internação hospitalar, limitadas a 20 (vinte) diárias	0	20	0
II - Havendo intervenção cirúrgica, serão pagas até quatro diárias para cada dia de internação, limitadas a 30 (trinta) diárias	0	0	30
E MAIS DOENÇAS			
Os afastamentos das atividades profissionais comprovadamente causados por doenças (exceto doenças preexistentes e doenças excluídas no item 4. Deste seguro) estarão cobertos somente quando demandarem internação hospitalar comprovada pela perícia da			

Seguradora. Nestes casos, as diárias do seguro serão pagas da seguinte forma:			
Três diárias para cada dia de comprovada internação hospitalar.	0	20	30

(*) É o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado evento

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – DIHAA – ANEXO 23

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico decorrente de Acidente Pessoal coberto, obedecidos o Prazo de Carência, o período de Franquia e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados na Apólice, conforme o caso, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente, considera-se:

e) Internação Hospitalar: internação em instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, pelo menos, 1 (uma) diária hospitalar.

f) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;

g) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;

h) Veículo Cadastrado: é o veículo automotivo de uso particular inscrito pelo Segurado Principal para efeito desta cobertura, identificado na Proposta de Adesão e aceito pela seguradora. Não serão considerados Veículos Cadastrados para fins desta cobertura táxis, veículos de propriedade de empresas locadoras de automóveis e/ou veículos utilitários destinados a transporte de escolares, cargas e/ou encomendas.

Parágrafo 2º. Para fins desta Cobertura, estarão cobertos exclusivamente os Acidentes automobilísticos ocorridos com o Veículo Cadastrado.

Parágrafo 3º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 4º. Para fins da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico, a Apólice poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado para a finalidade de Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica durante o Prazo de Carência, bem como durante o prazo de Franquia.

Parágrafo 5º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido na Apólice.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Internação Hospitalar por Acidente automobilístico decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3^a. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar por acidente automobilístico decorrentes ou para tratamento de:

I - auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

II - lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT);

III - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

IV - infecções produzidas pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as doenças a ela relacionadas;

V - internações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

VI - cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

VII - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VIII - internação hospitalares decorrentes de doenças congênitas;

IX - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

X - tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério

da Saúde;

XI - parto ou aborto, exceto de decorrente de Acidente Pessoal; XII - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

XIII - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

XIV- interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

XV - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

XVI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XVII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos, epidemias declaradas por órgão competente, ou qualquer outra causa física que atinja a população;

XVIII - despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

XIX - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas;

XX - internações domiciliares.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I - em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II - local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

**V – clínicas de emagrecimento e SPA. CAPÍTULO IV –
ELEGIBILIDADE À COBERTURA**

Cláusula 4ª. Serão elegíveis à Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico os ocupantes do Veículo Cadastrado com o qual ocorrer o Acidente coberto, limitado a 5 (cinco) pessoas por Acidente. Consideram-se ocupantes, todas as pessoas que estiverem sendo transportadas, inclusive o motorista, limitado o número de passageiros à lotação oficial do veículo transportador.

Parágrafo único. Ocorrendo o Acidente Coberto com o Veículo Cadastrado ocupado por mais de 5 (cinco) pessoas, a Indenização de que trata esta Cláusula será paga aos 5 (cinco) primeiros ocupantes de acordo com o seguinte critério de prioridade:

1º - figurar como Segurado Principal;

2º - estiver ou tenha estado em internação hospitalar decorrente do Acidente Automobilístico coberto por mais tempo;

3º – tiver idade superior a dos demais ocupantes do Veículo Cadastrado.

CAPÍTULO V - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar por acidente automobilístico.

Cláusula 6ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou

seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “b” da Cláusula 7^a indicando a data e o motivo da internação, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1^o Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2^o Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3^o A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 7^a. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 7^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;

- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;
- g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- j) laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso; e
- k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Parágrafo 4º. Os beneficiários do Seguro serão sempre os ocupantes do Veículo Cadastrado por ocasião do Acidente Automobilístico coberto.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente

realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

Parágrafo 1º. Poderão ser admitidos no Seguro, com o mesmo Capital Segurado do Segurado Principal o cônjuge, companheiro(a), filho(s), pais, irmãos e demais dependentes do Segurado Principal assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física, desde que não possam ser considerados como Segurados Principais.

Parágrafo 2º. O(s) filho(s) do Segurado Principal incluídos no Seguro serão automaticamente excluídos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos de idade.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar por acidente automobilístico todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – DIHAA UTI - ANEXO 24

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Tratamento em **Unidade de Tratamento Intensivo – UTI**, decorrente de Acidente Pessoal coberto, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados na Apólice, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar em UTI por Acidente Automobilístico, considera-se:

- a) Internação Hospitalar: internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar;
- b) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;
- c) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;
- d) Veículo Cadastrado: é o veículo automotivo de uso particular inscrito pelo Segurado Principal para efeito desta cobertura, identificado na Proposta de Adesão e aceito pela seguradora. Não serão considerados

Veículos Cadastrados para fins desta cobertura táxis, veículos de propriedade de empresas locadoras de automóveis e/ou veículos utilitários destinados a transporte de escolares, cargas e/ou encomendas.

Parágrafo 2º. Para fins desta Cobertura, estarão cobertos exclusivamente os Acidentes automobilísticos ocorridos com o Veículo Cadastrado.

Parágrafo 3º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 4º. Para fins desta Cobertura, a Apólice poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado para tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI durante o Prazo de Carência bem como durante o prazo de Franquia.

Parágrafo 5º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido na Apólice.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente Automobilístico decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente Automobilístico e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das

Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar em UTI por Acidente Automobilístico decorrentes de:

I - auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

II - lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT);

III - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

IV - infecções produzidas pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as doenças a ela relacionadas;

V - internações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

VI - cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

VII - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VIII - internação hospitalares decorrentes de doenças congênitas; IX - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários

aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

X – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

XI - parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; XII - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

XIII - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

XIV - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

XV - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

XVI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XVII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XVIII – despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

XIX – quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas;

XX – internações domiciliares.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

**V – clínicas de emagrecimento e SPA. CAPÍTULO IV –
ELEGIBILIDADE À COBERTURA**

Cláusula 4ª. Serão elegíveis à Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico os ocupantes do Veículo Cadastrado em o qual ocorrer o Acidente coberto, limitado a 5 (cinco) pessoas por Acidente.

Parágrafo único. Ocorrendo o Acidente Coberto com o Veículo Cadastrado ocupado por mais de 5 (cinco) pessoas, a Indenização de que trata esta Cláusula será paga aos 5 (cinco) primeiros ocupantes de acordo com o seguinte critério de prioridade:

1º - figurar como Segurado Principal;

2º - estiver ou tenha estado em internação hospitalar decorrente do Acidente Automobilístico coberto por mais tempo;

3º – tiver idade superior a dos demais ocupantes do Veículo Cadastrado.

CAPÍTULO V - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI por Acidente Automobilístico.

Cláusula 6ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “b” da Cláusula 7ª indicando a data e o motivo da internação, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 7ª. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar em UTI são os seguintes:

a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;
- g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- j) laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso; e
- k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar somente poderá ser contratada em conjunto, no mínimo, com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico.

Parágrafo 1º. Poderão ser admitidos no Seguro, com o mesmo Capital Segurado do Segurado Principal o cônjuge, companheiro(a), filho(s), pais, irmãos e demais dependentes do Segurado Principal assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física, desde que não possam ser considerados como Segurados Principais.

Parágrafo 2º. O(s) filho(s) do Segurado Principal incluídos no Seguro serão automaticamente excluídos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos de idade.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar em UTI por Acidente Automobilístico todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR – ANEXO 25

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico **fora do Brasil**, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar no Exterior, considera-se:

- i) Internação Hospitalar: internação em instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, pelo menos, 1(uma) diária hospitalar.
- j) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro; e
- k) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar para a finalidade de Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico fora do Brasil resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III , ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Internação Hospitalar no Exterior, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado no exterior durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Diária de Internação Hospitalar no Exterior decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar no Exterior e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar no exterior decorrentes de:

I – Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico feitos no Brasil;

II – hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados médicos legalmente habilitados;

III – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

IV – parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; V – ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

VI - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes

ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VII - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VIII - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

IX - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

X - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

XI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XIII - despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

XIV - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

XV - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e

tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

XVI – hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XVII – períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XVIII - internações domiciliares;

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

V – clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar no exterior.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea "a" da Cláusula 6ª indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6ª. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar em UTI são os seguintes:

a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar no Exterior (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;

c) Notificação de Alta de Internação no Exterior (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;

d) cópia da fatura do hospital particular no Exterior devidamente quitada;

e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;

f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem

completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar no exterior todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI – ANEXO 26

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Tratamento em **Unidade de Tratamento Intensivo - UTI**, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se o Tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo, ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Internação Hospital em UTI, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado para tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Diária de Internação Hospitalar em UTI decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III – ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar em UTI decorrentes de:

I – hospitalizações quando o segurado não estiver sob cuidados médicos legalmente habilitados;

II – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

III – parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; **IV** – ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

V - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VI - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VII - interrupção provocada de gravidez e suas consequências

imediatas ou tardias;

VIII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

IX - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

X - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XI - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XII - despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

XIII - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

XIV - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

XV - hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XVI - períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XVII - internações domiciliares;

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

V – clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 6ª indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º. Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º. Em qualquer caso, quando a comunicação da

internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6ª. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar em UTI são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar em UTI (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação em UTI (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar em UTI todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – ANEXO 27

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o Segurado seja submetido a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico decorrente de Acidente Pessoal coberto, obedecidos o Prazo de Carência, o período de Franquia e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, conforme o caso, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente, considera-se:

l) Internação Hospitalar: internação em instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, pelo menos, 1(uma) diária hospitalar.

m) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;

n) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas

Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o Segurado que for internado para a finalidade de Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Internação Hospitalar para Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III – ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar decorrentes ou para tratamento de:

I – lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT);

II - parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; III - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

IV - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras

de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

V - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VI - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

VII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

VIII - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

IX - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

X - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XI - despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

XII - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas; XIII - internações domiciliares;

XIV - internações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

XV – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

**V – clínicas de emagrecimento e SPA. CAPÍTULO IV -
COMPROVAÇÃO DO SINISTRO**

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 7ª indicando a data e o motivo da internação, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado, ou alguém por ele indicado,

poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6ª. Caso o Segurado esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de

hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

j) laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso; e

k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado,

salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar por acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO – ANEXO 28

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de Indenização em caso de nascimento de filho portador de doença congênita, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O Segurado somente terá direito à Indenização se a doença congênita for atestada nos primeiros 6 (seis) meses após o nascimento.

Parágrafo 2º. Uma vez paga a Indenização por esta cobertura e se, por qualquer motivo, o filho do Segurado vier a falecer, não será devida qualquer indenização pela cláusula complementar de inclusão de filho(s) caso tenha sido contratada.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito à Indenização, os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data do diagnóstico que especifica e caracteriza a doença congênita, indicada na declaração médica.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente/Poupança (formulário fornecido pela Seguradora);

II – Relatório Médico contendo o CID;

III – Exames realizados que confirmem o DIC;

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado; e

V – cópia da certidão de nascimento do filho.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura doença congênita de filho todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS COBERTURA DE MORTE EM ACIDENTE AÉREO – ANEXO 29 CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do(s) seu(s) filho(s) em decorrência de Acidente Pessoal Aéreo durante o Período de Cobertura, enquanto passageiro(s), observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. **Estarão garantidos por esta cobertura somente os acidentes ocorridos em vôos regulares nacionais ou internacionais de companhia aérea comercial, constante do guia O.A.G. (Official Airline Guide), entre aeroportos** decorrente direta ou indiretamente de problemas na aeronave de linha aérea regular detentora de certificado de navegabilidade em vigor na data do acidente ou, na ausência deste, de autorização específica do órgão governamental competente, e ocorrido a partir da movimentação da aeronave, até o desligamento dos motores após a aterrissagem.

Parágrafo 2º. Para fins da cobertura de Morte em Acidente Aéreo, “Acidente Pessoal Aéreo” significa o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do(s) filho(s) do segurado, em decorrência de acidente aéreo com aeronave de linha aérea regular detentora de certificado de navegabilidade em vigor na data do acidente e ocorrido a partir da movimentação da aeronave até o desligamento dos

motores após a aterrissagem. Incluem-se no conceito de acidente aéreo os acidentes ocorridos em consequência direta e indireta de:

I - ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica; II - escapamento acidental de gases e vapores;

III – pousos forçados;

IV – colisão com qualquer obstáculo, seja este fixo ou em movimento;

V – panes no motor, nas turbinas, ou em qualquer outro equipamento, que tenham ou não como consequência e queda de aeronave;

VI – falha humana;

VII – queda acidental na água; VIII – despressurização.

Parágrafo 3º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 4º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 5º. A inclusão de filho(s) menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral

até o limite do Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

Parágrafo 6º. Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Parágrafo 7º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

Parágrafo 8º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do(s) filho(s) do Segurado Principal resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Além dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura e, por isso, não geram direito à Indenização:

I – qualquer voo que não esteja registrado no guia O.A.G (Official Airline Guide);

II – os tripulantes da aeronave, quando no exercício de sua profissão.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do acidente.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II – lista oficial dos passageiros fornecida pela companhia aérea; III - cópia da Certidão de Óbito do(s) filho(s) do Segurado;

IV – registro de Ocorrência fornecido pelas autoridades aeronáuticas competentes;

V - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VI – cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;

VII – cópia de certidão de nascimento do(s) filho(s) do segurado; e

VIII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado Principal, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado Principal.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO V – VIGÊNCIA

Cláusula 6ª. Não obstante o descrito na cláusula 49a das condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas esta cobertura poderá ser comercializada no “Plano por Viagem Determinada” com a amplitude de cobertura descrita nos parágrafos abaixo:

Parágrafo 1º. Plano por Viagem Determinada: viagens de ida e volta constantes do bilhete de passagem, comunicados na contratação da cobertura, incluindo conexões, desde que mantido o voo inicial.

Parágrafo 2º. O início da cobertura do risco individual dar-se-á com o início da movimentação da aeronave, após o devido fechamento das portas e terminará com o desligamento dos motores após a aterrissagem.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos, aplicam-se à Cobertura de Morte em Acidente Aéreo todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ANEXO 30

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o(s) filho(s) do Segurado Principal seja(m) submetido(s) a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para fins da cobertura de Diária por Internação Hospitalar, “Intervenção Cirúrgica” significa o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro e “Tratamento Clínico” significa o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar para a finalidade de Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico resultar de Evento que configure Risco Excluído, nos termos do Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor. Não estão cobertas as internações domiciliares.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá

direito a Indenização o(s) filho(s) do Segurado Principal que for(em) internado(s) para a finalidade de Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

Parágrafo 5º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 6º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 7º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Além dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura e, por isso, não geram direito à Indenização, as internações hospitalares para Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica que tenham como objetivo:

I - parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal II - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

III - cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

IV - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de evento ocorrido na Vigência do Seguro.

CAPÍTULO III – RESTRIÇÃO DE PATOLOGIA

Cláusula 3ª. De acordo com as informações prestadas pelo Proponente na Declaração Pessoal de Saúde, reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao(s) filho(s) do Segurado Principal.

Parágrafo único. Se, quando do recebimento do Certificado, o(s) filho(s) do Segurado Principal optar(em) pelo cancelamento do Seguro, o(s) mesmo(s) deverá(ão) solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o cancelamento e restituirá o Prêmio pago relativos a esta Cobertura, se for o caso, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado Principal, seu(s) filho(s), ou seu(s) representante(s) deverá(ão) comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 6a indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º. Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado Principal, seu(s) filho(s), ou alguém por ele indicado, poderá(ão) comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º. Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado Principal considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6a. Caso o(s) filho(s) do Segurado Principal esteja(m) internado(s) na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar são os seguintes:

- a) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado Principal e pelo médico assistente;
- b) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- c) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- d) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;

e) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde; e

f) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado Principal

g) cópia da Certidão de Nascimento do(s) filho(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) filho(s) do Segurado Principal, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo(s) filho(s) do Segurado Principal.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do(s) filho(s) do Segurado Principal, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos, aplicam-se à cobertura de diária por internação hospitalar todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR CATEGORIA ACIDENTE – ANEXO 31

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do(s) filhos do Segurado Principal por Acidente Pessoal coberto durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente, considera-se:

a) Transporte Coletivo: o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público fornecido e operado por uma empresa devidamente habilitada e licenciada para o transporte regular de pessoas, mediante pagamento.

b) Veículo Particular: qualquer veículo motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado como Transporte Coletivo (carro alugado etc).

Parágrafo 2º. Para fins do cálculo da Indenização devida por esta Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente, os Acidentes Pessoais serão classificados nas seguintes categorias:

“A” – Acidentes em Meio de Transporte Coletivo: Acidente Pessoal ocorrido com o(s) filho(s) do Segurado Principal, enquanto passageiro em Transporte Coletivo por terra, água ou ar. Nesta categoria, a Indenização

corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado Principal no momento da adesão ao Seguro.

“B” – Acidentes em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres: Acidente Pessoal ocorrido com o(s) filho(s) do Segurado Principal, enquanto ocupante de táxi ou Veículo Particular ou, ainda, enquanto pedestre for atingido ou atropelado por quaisquer destes veículos. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definido pelo Segurado Principal no momento da adesão ao Seguro.

“C” – Outros Acidentes: Acidente Pessoal ocorrido com o(s) filho(s) do Segurado Principal, não enquadrado nas categorias A ou B acima. Também será enquadrada nesta categoria “C” a Invalidez Permanente do(s) filho(s) do Segurado Principal em decorrência de exposição a elementos químicos como consequência de um Acidente Pessoal coberto. Nesta categoria, a Indenização corresponderá a um percentual do Capital Segurado estipulado para a Cobertura definida pelo Segurado Principal no momento da adesão ao Seguro.

Parágrafo 3º. O Acidente Pessoal não poderá ser classificado em mais de uma das categorias mencionadas no parágrafo 2º.

Parágrafo 4º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 5º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 6º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

Parágrafo 7º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata a cláusula 1a se a invalidez permanente do(s) filho(s) do Segurado Principal, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal de acordo com tabela contida no parágrafo 1o, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas cláusulas 1a e 2a está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o(s) filho(s) do segurado principal ficar(em) sujeito(s), em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente e, por isso, não geram direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo único. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura:

I – lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT).

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente será apurado de acordo com a Categoria do Acidente prevista no parágrafo 2º da Cláusula 1ª e mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Cobertura	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Categoria de Acidente	Perda da visão dos dois olhos	100%
	Perda de dois ou mais membros	100%
	Perda da visão de um olho e perda de um membro	100%

	Perda da visão de um olho	50%
	Perda de um membro	50%

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro ou, antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais de um mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, sendo a indenização calculada com base no segurado com maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal.

Parágrafo 3º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora); III - aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado Principal;

V – cópia da certidão de nascimento do(s) filho(s) do segurado Principal;

VI - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o filho do Segurado Principal era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VII – laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso;

VIII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o filho do Segurado Principal era o piloto na ocasião do acidente;

IX - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

X - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

XI - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

XII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado Principal, conforme permitido

por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil sub sequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado Principal.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado Principal, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 9ª. No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao filho(s) do Segurado Principal, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado Principal, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo(s) filho(s) do Segurado Principal e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo(s) filho(s) do Segurado Principal e pela Seguradora.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado Principal.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta medica, o(s) filho(s) do Segurado Principal, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempassador, se houver divergência.

Cláusula 10ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempassador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar de inclusão de filho(s) poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Categoria de Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – ANEXO 32

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o(s) filho(s) do Segurado Principal seja(m) submetido(s) a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico decorrente de Acidente Pessoal coberto, obedecidos o Prazo de Carência, o período de Franquia e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, conforme o caso, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente, considera-se:

- a) Internação Hospitalar: internação em instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, pelo menos, 1 (uma) diária hospitalar.
- b) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro;
- c) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IIV, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente, o Contrato de Seguro poderá estipular

Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o(s) filho(s) do Segurado Principal que for(em) internado(s) para a finalidade de Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

Parágrafo 5º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 6º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 7º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Internação Hospitalar

para Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o(s) filho(s) do Segurado Principal ficar(em) sujeito(s), em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar decorrentes ou para tratamento de:

I – lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças relacionadas ao trabalho (DORT);

II - parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; III - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

IV - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção Cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

V - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VI - tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;

VII - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

VIII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários

aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

IX - tratamento de rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

X - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XI - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XII - despesas realizadas com acompanhantes;

XIII - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas;

XIV - internações domiciliares;

XV - internações quando o(s) filho(s) do Segurado Principal não estiver(em) sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

XVI - tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I - em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II - clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou

drogas;

III – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

IV – clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado Principal, seu(s) filho(s) ou seu(s) representante(s) deverá(ão) comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 7ª indicando a data e o motivo da internação, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º. Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado Principal, seu(s) filho(s), ou alguém por ele indicado, poderá(ão) comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º. Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado Principal considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6a. Caso o(s) filho(s) do Segurado Principal esteja(m) internado(s) na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado Principal e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;
- g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado Principal;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o(s) filho(s) do Segurado Principal era(m) o(s) condutor(es) do veículo na ocasião do acidente;

j) laudo de dosagem alcoólica, quando for o caso;

k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso; e

l) Cópia da Certidão de Nascimento do(s) filho(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) filho(s) do Segurado Principal, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo(s) filho(s) do Segurado Principal.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do(s) filho(s) do Segurado Principal, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos, aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar por acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI – ANEXO 33

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o(s) filho(s) do Segurado Principal seja(m) submetido(s) a Tratamento em **Unidade de Tratamento Intensivo - UTI**, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se o Tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Internação Hospital em UTI, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o(s) filho(s) do Segurado Principal que for(em) internado(s) para tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

Parágrafo 5º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 6º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 7º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Diária de Internação Hospitalar em UTI decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o(s) filho(s) do Segurado Principal ficar(em) sujeito(s), em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III – ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar em UTI decorrentes de:

I – hospitalizações quando o(s) filho(s) do Segurado Principal não estiver(em) sob cuidados médicos legalmente habilitados;

II – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

III – parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; IV – ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

V - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de

problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VI - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VII - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

VIII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

IX - tratamento de rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

X - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XI - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XII - despesas realizadas com acompanhantes;

XIII - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

XIV - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

XV - hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XVI – períodos de convalescença enquanto o(s) filho(s) do Segurado Principal estiver(em) sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XVII - internações domiciliares;

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I – em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II – clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

III – instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

IV – clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado Principal, seu(s) filho(s); ou seu(s) representante(s) deverá(ao) comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 6ª indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º. Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado Principal, seu(s) filho(s), ou alguém por ele indicado, poderá(ão) comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º. Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado Principal considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6a. Caso o(s) filho(s) do Segurado Principal esteja(m) internado(s) na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar em UTI são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar em UTI (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado Principal e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação em UTI (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;
- f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;
- g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado Principal;

h) cópia da certidão de nascimento do(s) filho(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) filho(s) do Segurado Principal, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo(s) filho(s) do Segurado Principal.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do(s) filho(s) do Segurado Principal, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar em UTI todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHOS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR – ANEXO 34

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias de internação hospitalar, caso o(s) filho(s) do Segurado Principal seja(m) submetido(s) a Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico **fora do Brasil**, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados no Contrato de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar no Exterior, considera-se:

- a) Internação Hospitalar: internação em instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, pelo menos, 1 (uma) diária hospitalar.
- b) Intervenção Cirúrgica: o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro; e
- c) Tratamento Clínico: o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a internação hospitalar para a finalidade de Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico fora do Brasil resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. Para fins da Cobertura de Internação Hospitalar no Exterior, o Contrato de Seguro poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contado a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o(s) filho(s) do Segurado Principal que for(em) internado(s) no exterior durante o Prazo de Carência.

Parágrafo 4º. Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido no Contrato de Seguro.

Parágrafo 5º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 6º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 7º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido nas Condições Gerais, está expressamente coberta a Diária de Internação Hospitalar no Exterior decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o(s) segurado(s) ficar(em) sujeito(s), em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar no Exterior e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1º. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as diárias de internação hospitalar no exterior decorrentes de:

I – Intervenção Cirúrgica ou Tratamento Clínico feitos no Brasil;

II – hospitalizações quando o(s) filho(s) do Segurado Principal não estiver(em) sob cuidados médicos legalmente habilitados;

III – tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

IV – parto ou aborto, exceto se decorrente de Acidente Pessoal; V – ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

VI - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

VII - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

VIII - interrupção provocada de gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

IX - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

X - tratamento de rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

XI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

XII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XIII - despesas realizadas com acompanhantes;

XIV - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

XV - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

XVI - hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XVII - períodos de convalescença enquanto o(s) filho(s) do Segurado Principal estiver(em) sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XVIII - internações domiciliares;

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as internações hospitalares:

I - em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II - clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

III - instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

IV - clínicas de emagrecimento e SPA.

CAPÍTULO IV - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar no exterior.

Cláusula 5ª. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado Principal, seu(s) filho(s) ou seu(s) representante(s) deverá(ao) comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 6ª indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º. Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado Principal, seu(s) filho(s) ou alguém por ele indicado, poderá(ao) comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º. Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado Principal considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 6a. Caso o(s) filho(s) do Segurado Principal esteja(m) internado(s) na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros por Internação Hospitalar em UTI são os seguintes:

- a) autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – Diária Hospitalar no Exterior (formulário fornecido

pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado Principal e pelo médico assistente;

c) Notificação de Alta de Internação no Exterior (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;

d) cópia da fatura do hospital particular no Exterior devidamente quitada;

e) cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;

f) original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado Principal.

h) cópia da Certidão de Nascimento do(s) filho(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) filho(s) do Segurado Principal, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo(s) filho(s) do Segurado Principal.

Cláusula 7ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os

documentos necessários, correrão por conta do(s) filho(s) do Segurado Principal, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições desta cláusula complementar de inclusão de filhos aplicam-se à cobertura de diária de internação hospitalar no exterior todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL II – ANEXO 35

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, ocorrido há mais de 100 km da residência permanente do Segurado, durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o caput desta cláusula se a morte do Segurado mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1a, está expressamente coberta a Morte Acidental – II, ocorrida a mais de 100 Km da residência Permanente do Segurado, decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII - infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX - sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens. CAPÍTULO

III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental – II e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do acidente.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de

Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V - Laudo de Necropsia ou Cadavérico;

VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VIII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX - laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;

X - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;

XI - cópia do documento de ocorrência expedido pela autoridade competente;

XII - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF, comprovante de residência e Passaporte do Segurado;

XIII - cópia das passagens completas e/ou início da viagem validado;

XIV - cópia das faturas e recibos de pagamentos feito à agência de viagens onde os serviços foram contratados.

XV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;

XVI - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XVII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6a. A cobertura de que trata esta Condição Especial poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e ESPECIAIS do Seguro.

Parágrafo 1º: Essa cobertura não poderá ser contratada para o segurado dependente sem que o segurado principal esteja por ela coberto.

Parágrafo 2º Essa cobertura não poderá, também, ser contratada para uma viagem determinada.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental II todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHO(S) COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – ANEXO 36

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de morte por causas acidentais do seu(s) filho(s), durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 3º. A inclusão de filho(s) menor(es) de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

Parágrafo 4º. Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Parágrafo 5º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados, o(s)

filho(s) somente pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente(s) daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cobertura.

Parágrafo 6º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Filhos – Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na respectiva cláusula complementar da cobertura de morte ou morte acidental contratada pelo Segurado principal.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas

Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado à partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr à partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar de Inclusão de Filhos, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHO(S)

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR HOSPITALAÇÃO DECORRENTE DE CÂNCER, ATAQUE DO CORAÇÃO E DERRAME CEREBRAL – IEH – ANEXO 37

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização Adicional correspondente ao número de diárias de hospitalização, caso o

(s) Filho(s) Segurado seja(m) submetido(s) a Tratamento Clínico ou Intervenção Cirúrgica em decorrência de Ataque do Coração/Enfarte, Câncer ou neoplasia maligna ou Isquemia ou Hemorragia cérebro-vascular, obedecidos o Prazo de Carência e o período de Franquia, quando for o caso, e o limite máximo de diárias por ano de Vigência do Seguro fixados na Apólice, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

Parágrafo 2º. Para fins desta Cobertura, considera-se:

I – Ataque do Coração/Enfarte: necrose de uma área do músculo cardíaco, por consequência de um aporte sanguíneo deficiente na respectiva zona. O diagnóstico se baseia no histórico de dores torácicas típicas, nas elevações das enzimas cardíacas e nas alterações do ECG (eletrocardiograma);

II – Câncer ou neoplasia (tumores malignos): doença provocada por um tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares), cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas, bem como a invasão e a destruição do tecido normal, **excluídos os carcinomas não invasivos in situ,**

sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS e qualquer tipo de câncer de pele que não seja melanoma maligno;

III - Isquemia ou Hemorragia cérebro-vascular (derrame cerebral): qualquer acidente cérebro-vascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia. A deficiência neurológica deve ser permanente, não se observando qualquer regressão nas primeiras 72 (setenta e duas) horas, e estar instalada por pelo menos 3 (três) meses. A deficiência neurológica deve ser demonstrada clinicamente de forma objetiva e determinar, por si só, uma incapacidade funcional de membro(s) e/ou órgão(s).

Parágrafo 3º. Hospitalizações por outras doenças não descritas nos incisos I a III do § 2º não estarão cobertas e, por isso, não conferirão ao Segurado principal qualquer direito à Indenização.

Parágrafo 4º. Não haverá garantia de Indenização de que trata esta Cláusula se a hospitalização resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 5º. Para fins desta Cobertura, a Apólice poderá estipular Prazo de Carência e/ou Franquia contados a partir do início de Vigência do risco individual. Assim, não terá direito a Indenização o(s) Filho(s) do Segurado que for(em) hospitalizado(s) durante o Prazo de Carência bem como durante o período de Franquia.

Parágrafo 6º Observado o disposto no parágrafo anterior quanto ao Prazo de Carência e Franquia, a Cobertura de que trata esta Cláusula está limitada ao pagamento do número de diárias de internação hospitalar por ano de Vigência do Seguro estabelecido na Apólice.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2^a. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Indenização Adicional por Hospitalização e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

Parágrafo 1^o. Adicionalmente ao disposto do *caput*, configuram Riscos Excluídos desta Cobertura as hospitalizações decorrentes de:

I - auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

II - gravidez, parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrente de Acidente Pessoal;

III - interrupção provocada da gravidez e suas consequências imediatas ou tardias;

IV - infecções produzidas pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as doenças a ela relacionadas;

V - quaisquer alterações consequentes de stress;

VI - tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

VII - hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo da saúde normal, check up e investigação diagnóstica;

VIII - hospitalizações quando o segurado não estiver sob

cuidados médicos legalmente habilitados;

IX - cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

X - cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de Intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

XI - hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

XII - tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

XIII - tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecimentos pelo Ministério da Saúde;

XIV - períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora da instituição hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

XV - ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

XVI - Tratamentos Clínicos ou Intervenções Cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de Evento ocorrido na Vigência do Seguro;

XVII - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso,

convalescença ou emagrecimento estético;

XVIII - tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

XIX- despesas realizadas com acompanhantes do Segurado; XX - internações domiciliares;

XXI - patologias indicadas na cláusula 3ª; e

XXII - quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas.

Parágrafo 2º. Também estão excluídas as hospitalizações:

I - em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;

II - local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;

III - clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;

IV - instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;

**V - clínicas de emagrecimento e SPA. CAPÍTULO IV -
RESTRIÇÃO DE PATOLOGIA**

Cláusula 3ª. De acordo com as informações prestadas pelo

Proponente na Declaração Pessoal de Saúde do(s) Filho(s), reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao Segurado principal.

Parágrafo único. Se, quando do recebimento do Certificado, o Segurado principal optar pelo cancelamento do Seguro, o mesmo deverá solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o cancelamento e restituirá o Prêmio pago relativos a esta Cobertura, se for o caso, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.

CAPÍTULO V – LIMITES

Cláusula 4^a. O Capital Segurado da Cobertura Inclusão de Filhos – Cobertura de Indenização Especial por Hospitalização decorrente de Câncer, Ataque do Coração e Derrame Cerebral será equivalente ao Capital Segurado do Segurado Principal.

Parágrafo 1^o. Será permitida a inclusão de filho(s) dependentes do Segurado Principal assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física, desde que não possam ser considerados como Segurados Principais.

Parágrafo 2^o. O(s) filho(s) do Segurado Principal, incluídos no Seguro serão automaticamente excluídos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos de idade.

CAPÍTULO VI - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da comprovação médica da internação hospitalar.

Cláusula 6^a. Para fins da regulação e liquidação de Sinistro, o Segurado principal ou seu representante deverá comunicar a internação previamente à Seguradora, através do relatório mencionado na alínea “a” da Cláusula 8^a

indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica em que será realizada a internação.

Parágrafo 1º Em caso de internação hospitalar por motivo de urgência ou emergência, o Segurado principal, ou alguém por ele indicado, poderá comunicar a ocorrência do Sinistro, excepcionalmente, no prazo de 2 (dois) dias após a internação.

Parágrafo 2º Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer o disposto nesta Cláusula, a Seguradora poderá exigir do médico assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.

Parágrafo 3º A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado principal considerando as informações prestadas na documentação relacionada nesta Cláusula, além dos documentos básicos listados na Cláusula 8ª. Caso o Filho do Segurado principal esteja internado na data de término da Vigência do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Notificação de Internação – (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado principal e pelo médico assistente;
- c) Notificação de Alta de Internação (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) Cópia da fatura do hospital particular devidamente quitada;
- e) Cópia da nota fiscal detalhada de prestação de serviços do hospital;

f) Original da Declaração firmada pelo diretor clínico, em papel timbrado do hospital, mencionando o período de internação para os casos de hospital público ou hospital particular com internação garantida por plano de saúde;

g) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

h) Cópia da certidão de nascimento do(s) filho(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contados a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 8ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

CAPÍTULO VII - CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar somente

poderá ser contratada em conjunto, no mínimo, com a Cláusula Complementar de Inclusão de Filhos – Cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. Além da disposição desta cláusula complementar de Inclusão de Filhos, aplicam-se à cobertura de Indenização Especial por Hospitalização todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – ANEXO 38

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização mensal correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro para esta Cobertura e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a incapacidade temporária do Segurado consequente de doença ou Acidente Pessoal, durante o Período de Cobertura, desde que a incapacidade temporária resulte em seu afastamento das atividades devidamente constatada e avaliada nos termos destas cláusulas complementares, observado o período de Franquia e os limites estabelecidos na cláusula 3ª.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a incapacidade do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Incapacidade Temporária e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - LIMITES E FRANQUIA

Cláusula 3ª. A cobertura de incapacidade temporária somente será devida a partir do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia do Seguro, que será de 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data da comprovação do Evento. **Assim, o Segurado somente terá direito à Indenização a partir do 46ª (quadragésimo sexto) dia, inclusive.**

Parágrafo 1º. O Capital Segurado da Cobertura de que tratam estas cláusulas complementares poderá ser limitado de acordo com o disposto no Contrato de Seguro, e pago enquanto perdurar o afastamento das atividades laborativas, devidamente comprovado nos termos do Capítulo III, obedecido o prazo máximo eventualmente estipulado no Contrato de Seguro.

Parágrafo 2º. O valor limite do Capital Segurado poderá ser atualizado, anualmente, no aniversário do Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da constatação da incapacidade temporária.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Declaração Médica atestando a incapacidade (formulário fornecido pela Seguradora), devidamente preenchido e assinado pelo médico profissional habilitado, o qual deverá conter também o carimbo com o CRM do médico assistente, acompanhado de Laudo Médico e Comunicado de Resultado de Exame Médico (CREM);

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário; e

VIII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de incapacidade temporária com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de **30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado, devida pelo presente Seguro, contado a partir do término do período de Franquia e do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis, desde que verificada a continuidade da Incapacidade Temporária.**

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Parágrafo 4º. O pagamento das parcelas posteriores será realizado **30 (trinta) dias após o pagamento da parcela anterior, desde que verificada a continuidade da Incapacidade Temporária.**

Parágrafo 5º. O pagamento das parcelas da Indenização por Incapacidade Temporária cessará quando:

I – o Segurado retornar às atividades laborativas; II – do término do período de Indenização; ou

III – o Segurado tiver atestada a Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença, desde que contratada(s) esta(s) cobertura(s), o que ocorrer primeiro.

Parágrafo 6º. Caso o Segurado retorne às atividades laborativas e venha a sofrer nova Incapacidade Temporária dentro de prazo não superior ao do primeiro afastamento, as parcelas de Indenização eventualmente devidas em razão deste novo afastamento serão consideradas como continuação do afastamento anterior, considerando-se, inclusive, o limite de prazo de indenização de que trata a cláusula 3ª.

Cláusula 5ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 6ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 7ª No caso de Sinistro que envolva Incapacidade Temporária e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 8ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias

para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de incapacidade temporária todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 39

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE SEGURO FUNERAL SEGURADO

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário uma Indenização, na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do Segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do Segurado.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, entre outras pactuadas entre as partes, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão
- b) Higienização do corpo
- c) Ornamentação do corpo
- d) Coroa de flores
- e) Véu
- f) Paramentos
- g) Velas
- h) Carro fúnebre

- i) Registro de óbito em cartório
- j) Livro de presença
- k) Locação de salas para velório
- l) Sepultamento
- m) Locação ou aquisição de jazigo
- n) Tanatopraxia
- o) Taxa de exumação
- p) Cremação
- q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;
- r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- s) atendimento e organização do funeral;
- t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

§4º. A Cobertura de Seguro Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

ASSISTENCIA FUNERAL

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro

a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

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

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

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública

competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Segurado, mediante apresentação das notas fiscais originais acompanhadas da documentação prevista no Capítulo V destas Condições Especiais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Segurado (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos

complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Seguro Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte, se contratada.

§9º. Considera-se como data de exigibilidade para fins de atualização monetária do valor a título de reembolso a data do efetivo pagamento para cobrir a(s) despesa(s) com o funeral.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Seguro Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Poderão aderir à Apólice as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atenderem as condições estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Seguro Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº 15414. 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo ou incluir outras despesas cobertas ou serviços, de comum acordo com o Estipulante.

ANEXO 40

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE SEGURO FUNERAL DE CÔNJUGE

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário uma Indenização, na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do Cônjuge, limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do Cônjuge.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, entre outras pactuadas entre as partes, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão
- b) Higienização do corpo
- c) Ornamentação do corpo
- d) Coroa de flores
- e) Véu
- f) Paramentos
- g) Velas

- h) Carro fúnebre
- i) Registro de óbito em cartório
- j) Livro de presença
- k) Locação de salas para velório
- l) Sepultamento
- m) Locação ou aquisição de jazigo
- n) Tanatopraxia
- o) Taxa de exumação
- p) Cremação
- q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;
- r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- s) atendimento e organização do funeral;
- t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

§4º. A Cobertura de Seguro Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II – SUBSTITUIÇÃO DO REEMBOLSO PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA FUNERAL

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o

pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

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

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

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente

reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Cônjuge, mediante apresentação das notas fiscais originais acompanhadas da documentação prevista no Capítulo V destas Condições Especiais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Cônjuge (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Cônjuge;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Seguro Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte,

se contratada.

§9º. Considera-se como data de exigibilidade para fins de atualização monetária do valor a título de reembolso a data do efetivo pagamento para cobrir a(s) despesa(s) com o funeral.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Seguro Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Poderão aderir à Apólice as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atenderem as condições estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Seguro Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo ou incluir outras despesas cobertas ou serviços, de comum acordo com o Estipulante.

ANEXO 41

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE SEGURO FUNERAL DE FILHO

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário uma Indenização, na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do Filho, limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do Filho.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, entre outras pactuadas entre as partes, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão
- b) Higienização do corpo
- c) Ornamentação do corpo
- d) Coroa de flores
- e) Véu
- f) Paramentos
- g) Velas

- h) Carro fúnebre
- i) Registro de óbito em cartório
- j) Livro de presença
- k) Locação de salas para velório
- l) Sepultamento
- m) Locação ou aquisição de jazigo
- n) Tanatopraxia
- o) Taxa de exumação
- p) Cremação
- q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;
- r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- s) atendimento e organização do funeral;
- t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

§4º. A Cobertura de Seguro Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II – SUBSTITUIÇÃO DO REEMBOLSO PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA FUNERAL

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o

pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

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

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

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente

reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Filho, mediante apresentação das notas fiscais originais acompanhadas da documentação prevista no Capítulo V destas Condições Especiais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Filho (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Filho;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Seguro Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte, se contratada.

§9º. Considera-se como data de exigibilidade para fins de atualização monetária do valor a título de reembolso a data do efetivo pagamento para cobrir a(s) despesa(s) com o funeral.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Seguro Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato

de Seguro.

Parágrafo único. Poderão aderir à Apólice as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atenderem as condições estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Seguro Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo ou incluir outras despesas cobertas ou serviços, de comum acordo com o Estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE SEGURO FUNERAL DE PAI E/OU MÃE

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário uma Indenização, na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do Pai e/ou Mãe, limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do Pai e/ou Mãe.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, entre outras pactuadas entre as partes, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão
- b) Higienização do corpo
- c) Ornamentação do corpo
- d) Coroa de flores
- e) Véu
- f) Paramentos
- g) Velas

- h) Carro fúnebre
- i) Registro de óbito em cartório
- j) Livro de presença
- k) Locação de salas para velório
- l) Sepultamento
- m) Locação ou aquisição de jazigo
- n) Tanatopraxia
- o) Taxa de exumação
- p) Cremação
- q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;
- r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- s) atendimento e organização do funeral;
- t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

§4º. A Cobertura de Seguro Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II – SUBSTITUIÇÃO DO REEMBOLSO PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA FUNERAL

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

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

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

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Pai e/ou Mãe, mediante apresentação das notas fiscais originais acompanhadas da documentação prevista no Capítulo V destas Condições Especiais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Pai e/ou Mãe (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Pai e/ou Mãe;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Seguro Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte, se contratada.

§9º. Considera-se como data de exigibilidade para fins de atualização monetária do valor a título de reembolso a data do efetivo pagamento para cobrir a(s) despesa(s) com o funeral.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Seguro Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato

de Seguro.

Parágrafo único. Poderão aderir à Apólice as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atenderem as condições estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Seguro Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo ou incluir outras despesas cobertas ou serviços, de comum acordo com o Estipulante.

ANEXO 43

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE SEGURO FUNERAL DE SOGRO E/OU SOGRA

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário uma Indenização, na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do Sogro e/ou Sogra, limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do Sogro e/ou Sogra.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, entre outras pactuadas entre as partes, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão
- b) Higienização do corpo
- c) Ornamentação do corpo
- d) Coroa de flores
- e) Véu
- f) Paramentos
- g) Velas

- h) Carro fúnebre
- i) Registro de óbito em cartório
- j) Livro de presença
- k) Locação de salas para velório
- l) Sepultamento
- m) Locação ou aquisição de jazigo
- n) Tanatopraxia
- o) Taxa de exumação
- p) Cremação
- q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;
- r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- s) atendimento e organização do funeral;
- t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

§4º. A Cobertura de Seguro Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

CAPÍTULO II – SUBSTITUIÇÃO DO REEMBOLSO PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA FUNERAL

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro

a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

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

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

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública

competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Sogro e/ou Sogra, mediante apresentação das notas fiscais originais acompanhadas da documentação prevista no Capítulo V destas Condições Especiais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Sogro e/ou Sogra (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Sogro e/ou Sogra;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Seguro Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte, se contratada.

§9º. Considera-se como data de exigibilidade para fins de atualização monetária do valor a título de reembolso a data do efetivo pagamento para cobrir a(s) despesa(s) com o funeral.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Seguro Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro,

desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Poderão aderir à Apólice as pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que atenderem as condições estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, na condição de Segurados Principais.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Seguro Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo ou incluir outras despesas cobertas ou serviços, de comum acordo com o Estipulante.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE EM ACIDENTE AÉREO II – ANEXO 44

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, caso ocorra a morte do Segurado enquanto passageiro ou tripulante, em consequência de acidente aéreo ocorrido com aeronave regular, observado o disposto no contrato de seguro e nos parágrafos seguintes destas Condições Especiais.

Parágrafo 1o. Para fins dessa cobertura, considera-se aeronave regular, aquela cadastrada no Registro Aeronáutico Brasileiro ou helicóptero, manobrável em terra e em voo, que possa sustentar-se e circular no espaço aéreo, mediante reações aerodinâmicas, apto a transportar pessoas, detentora de certificado de navegabilidade em vigor na data do acidente ou, na ausência deste, de autorização de voo específica do órgão governamental competente.

Parágrafo 2º. Para os fins desta cobertura estará abrangido o acidente com a aeronave regular ocorrido a partir da movimentação da aeronave após o embarque de passageiros, dentro da área de decolagem, em aeródromos civis ou militares, públicos ou privados, até o momento de sua parada para desembarque de passageiros no aeródromo de aterrissagem com o desligamento dos motores após a aterrissagem.

Parágrafo 3º Para efeito desta cobertura será também considerado acidente aéreo aquele que ocorrer com aeronave que estiver efetuando deslocamento em solo até sua parada total com o desligamento dos motores e, ainda, o que resultar de pouso de emergência ou forçado da aeronave.

Parágrafo 4º A cobertura garantem sinistros ocorridos em:

- a) **Todo o território nacional, para os acidentes ocorridos com Helicópteros**
- b) **Todo o globo terrestre, para os acidentes ocorridos com avião**

Parágrafo 5º. Para fins de contratação, a Apólice de Seguro poderá identificar a(s) aeronave(s) segurada(s), por seu modelo, prefixo e capacidade de passageiros e tripulantes, cabendo ao Estipulante a atualização dessas informações perante a Seguradora sempre que necessário.

Parágrafo 6º Não haverá a garantia de Indenização de que trata o caput desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de acidente aéreo, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte em Acidente Aéreo e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o o valor do Capital Segurado vigente na data do acidente aéreo.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VI - cópia do C.H.P. do(s) pilotos;

VII - certificado de matrícula e aeronavegabilidade da aeronave;

VIII - cópia do documento de ocorrência expedido pela autoridade competente;

IX - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário em caso de morte do Segurado;

XI - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe;
e

XII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nestas Condições Especiais, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2o. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a

ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5a. A cobertura de morte em consequência de acidente aéreo poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Morte em consequência de Acidente Aéreo todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14 sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS – ANEXO 45 CAPÍTULO I -

OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Estipulante o reembolso das despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, limitado ao Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência da morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o caput desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Verbas Rescisórias e, por isso, não geram ao Beneficiário direito a Indenização quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como: empréstimos contraídos; convênios (farmácias, academias, entre outros); associações com grêmios; aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

CAPÍTULO III – BENEFICIÁRIO

Cláusula 3ª. O Beneficiário será sempre o Estipulante ou Subestipulante com o qual o Segurado mantinha vínculo empregatício e que efetivamente arcou com o pagamento das verbas rescisórias.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para efeitos de apuração do valor do reembolso das despesas com verbas rescisórias, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;**
- b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;**
- c) cópia do RG (Cédula de Identidade); CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;**
- d) cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado;**
- e) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;**
- f) cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante;**

g) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou Subestipulante;

Em caso de morte do Segurado por causas acidentais os seguintes documentos adicionais deverão ser apresentados:

h) cópia do Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

j) cópia do Laudo de Necropsia ou Cadavérico, se realizado;

k) cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

l) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

m) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

n) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

o) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Verbas Rescisórias as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002658/2011-22, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES – ANEXO 46

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, ou na impossibilidade deste através de seu representante legal, desde que requerido, o pagamento antecipado do percentual do valor do Capital Segurado da Cobertura de Morte estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em caso de perda da existência independente do Segurado em decorrência de doença coberta.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no caput desta cláusula, a “perda da existência independente do Segurado” é caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

Parágrafo 2º. Não haverá o pagamento antecipado do Capital Segurado da Cobertura de Morte de que trata o caput desta cláusula:

- I. se perda da existência independente do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e de doença não coberta;
- II. se a doença que causar a perda da existência independente do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais como Riscos Excluídos;
- III. ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. Agravamento Mórbito – piora de uma doença

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

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

4. Atividade Laborativa – qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

5. Auxílio – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

7. Cardiopatia Grave – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes da vigente Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Cognição – conjunto de processos mentais usados no reconhecimento etc.

8. Conectividade com a Vida – capacidade do ser humano de se relacionar com o

meio externo que o cerca.

9. Consumpção – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

10. Deambular – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

12. Deficiência Visual – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

13. Disfunção Imunológica – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

15. Doença Crônica em Atividade – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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

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

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

19. Doença Neoplásica Maligna Ativa – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
20. Doença Profissional – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
21. Estados Conexos – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
22. Etiologia – causa de cada doença.
23. Fatores de Risco e Morbidade – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
24. Hígido – saudável.
25. Médico Assistente – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
26. Prognóstico – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
27. Quadro Clínico – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente
28. Recidiva – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

29. Refratariedade Terapêutica – incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

30. Relações Existenciais – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

31. Sentido de Orientação – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer Auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

32. Sequela – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença e esgotados todos os recursos terapêuticos aplicáveis ao caso.

33. Transferência Corporal – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer Auxílio.

CAPÍTULO III – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Está expressamente coberta a perda da existência independente do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “Cardiopatia Grave”;

II. Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III. Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

IV. Doenças manifestas no sistema nervoso com Sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou Sentido de Orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

V. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de Transferência Corporal;

VI. Deficiência Visual, decorrente de doença:

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

VII. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em Estágio Terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

VIII. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

CAPÍTULO IV – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Antecipação da Indenização da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

I. a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal (OBS: Para isto deve ser inserido o conceito securitário de Acidente Pessoal no Capítulo II – Das Definições);

II. a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da Atividade Laborativa exercida pelo Segurado;

III. os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

IV. as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com Atividade Laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso ou atual;

V. os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

VI. as doenças agravadas por traumatismos;

VII. as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas; e

VIII. toda e qualquer outra condição médica que não esteja expressamente listada no Capítulo III destas cláusulas complementares.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso IV da Cláusula 6ª.

Parágrafo 1º. Reconhecida pela Seguradora a perda da existência independente do Segurado em decorrência de doença coberta, o pagamento antecipado do percentual do valor do Capital Segurado da Cobertura de Morte será realizado sob a forma de pagamento único.

Parágrafo 2º. Se percentual antecipado do Capital Segurado da Cobertura de Morte for inferior a 100%, o valor restante será pago aos Beneficiários após o falecimento do Segurado e depois do recebimento de toda a documentação básica de que trata a Cobertura de Morte.

Cláusula 6ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

- I. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. Relatório do médico-assistente do Segurado emitido nos termos da RESOLUÇÃO CFM nº 1.658/02, ou seja, sem majoração de honorários para o paciente (Art. 1º) e informando: I - o diagnóstico; II - os resultados dos exames complementares; III - a conduta terapêutica; IV - o prognóstico e V - as consequências à saúde do paciente (Art. 3º, Parágrafo único).

V. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) e que demonstrem o estágio atual da doença incluindo laudos e resultados de exames, .

VI. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 7ª. As despesas efetuadas com a legitimação da perda da existência independente do Segurado, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 8ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

Cláusula 9ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação da perda da existência independente, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempataador, se houver divergência.

Cláusula 10ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempataador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao Capital Segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VII– DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-

privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a perda da existência independente do Segurado.

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

Cláusula 13ª. Desde que efetivamente comprovada a perda da existência independente do Segurado, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 14ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à de Antecipação da Indenização da Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002658/2011-22, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL - ANEXO 47

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em caso de invalidez permanente total por Doença Profissional.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Para fins desta garantia, entende-se por Invalidez Permanente Total por Doença Profissional aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação (data indicada na declaração médica), e que impeça o Segurado de exercer a atividade profissional principal que desempenhava à época da constatação da Invalidez, sendo definitiva e permanente a Invalidez.

Parágrafo 1º. Doença Profissional é aquela adquirida pelo exercício da atividade profissional principal do Segurado, constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. **Parágrafo 2º.** Atividade profissional principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior a constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades profissionais por motivo de doença que acarretou a sua invalidez.

Parágrafo 2º. Fica entendido que a indenização a que o Segurado fará jus através desta Cobertura, somente será devida no caso em que o próprio Segurado seja considerado inválido de forma definitiva e permanente.

Parágrafo 4º. Não podem figurar como Segurados desta Cobertura as pessoas que

não exerçam qualquer atividade profissional na data da adesão ao Seguro, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio, por parte da Seguradora.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Profissional e, por isso, não geram ao Segurado direito à indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da Cláusula 5ª.

Parágrafo Único. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

- I. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. Declaração Médica indicando a data da Invalidez Permanente Total por Doença Profissional (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que impeça o Segurado de exercer a sua atividade profissional principal;

V. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas cláusulas complementares;

VI. Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez do Órgão Previdenciário Oficial com reconhecimento do quadro motivador da incapacidade por Doença Profissional. Nos casos de Segurados aposentados por tempo de contribuição ou por idade encaminhar relatório do médico do trabalho da empresa com a caracterização de invalidez permanente total por doença profissional.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

Cláusula 6ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por Doença Profissional, inclusive com os documentos necessários, são de

responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

Cláusula 7ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 8ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total por Doença Profissional, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 9ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste

Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao Capital Segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 11ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, estado compatível com a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

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

Cláusula 12ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura e o Certificado Individual, sendo o Segurado excluído da Apólice para todos os fins. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 13ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Profissional todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA ADAPTAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VEÍCULO – ANEXO 48

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Caso o segurado titular, em virtude de uma lesão física, causada por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, venha necessitar de adaptação por determinação médica. Esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso das despesas com a adaptação da residência habitual do segurado e em seu veículo particular, limitado ao valor do Capital Segurado Contratado.

1.1. A invalidez causada por acidente deverá ser comprovada pelo segurado a seguradora por meio de laudo médico.

1.2. Para ter direito ao reembolso de despesas com a adaptação da residência habitual e veículo, a adaptação deverá ser realizada em até 18 (dezoito) meses a contar da data do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

2.1. Adaptação da Residência Habitual: Mudanças necessárias na residencial habitual do Segurado principal, para tornar a moradia acessível e habitável, diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto. É considerando como residência habitual a que o segurado principal resida habitualmente, excluindo casas de veraneio.

2.2. Adaptação do Veículo: Mudanças necessárias no veículo de uso particular do segurado principal, para tornar o veículo acessível de forma que o segurado possa conduzi-lo, o veículo coberto nesta cobertura corresponde ao veículo automotor com 4 rodas e capacidade máximas de 9 passageiros, que trafegam em rodovias e ruas públicas de forma regular.

Cláusula 2ª. Não haverá a garantia de indenização desta cobertura, mesmo que decorrentes de causa acidental, se resultarem de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura Adaptação da Residência e Veículo e, por isso, não geram direito ao beneficiário o pagamento da indenização, os eventos previstos no capítulo IV das condições gerais do Seguro.

CAPÍTULO VI – ÂMBITO TERRITORIAL

6.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional.

CAPÍTULO VII – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Cláusula 4ª. Para fins da Indenização, será considerado o valor do Capital segurado contratado vigente e constante na proposta de adesão, para reembolso das despesas com adaptação de veículo e residência, na data da ocorrência do sinistro.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os seguintes:

I - Boletim de ocorrência policial;

II - Habilitação, no caso de acidente de trânsito, marítimo ou terrestre em que o segurado seja o condutor do veículo;

III - Relatório médico com a justificativa da necessidade de adaptação da residência/veículo e qual a adaptação necessária;

IV - Notas fiscais das despesas;

V - Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

VI - Comprovante de endereço do segurado;

VII - Formulário de autorização de crédito da indenização (fornecido pela seguradora);

VIII - relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão, a necessidade da adequação da residência ou do veículo de uso particular e qual a adaptação necessária;

IX - laudos de exames realizados.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura Adaptação da Residência e Veículo todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Garantir o pagamento de uma indenização ao responsável legal pelo filho póstumo, correspondente ao capital segurado contratado, caso ocorra a morte do segurado titular por causa natural ou acidental, no período gestacional.

1.1. Caso o titular do seguro seja o pai do nascituro, a indenização será devida desde que o nascimento ocorra em até 10 meses, a partir da data do óbito do segurado titular.

1.2. Em caso de gestação múltipla, a indenização será igualmente dividida entre o número de filhos, respeitando o capital segurado contratado para essa cobertura e a documentação obrigatória que deverá ser apresentada.

1.3. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Morte Acidental.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o caput desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

2.1. Filho Póstumo: aquele que nasce após a morte por causa natural ou acidental do pai ou da mãe.

2.2. Nascituro: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos, que apresentem sinal vital.

2.3. Natimorto: É a denominação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.4. Responsáveis Legais: São os responsáveis, com poder jurídico de representar o menor de idade.

2.5. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3a. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Filhos Póstumos e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, além dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, não estão cobertos:

- a) Natimorto**
- b) Adoção**
- c) Nascimento anterior à data do óbito do segurado principal**

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro, são os seguintes:

I - Certidão de óbito do segurado

II - Boletim de ocorrência policial no caso de morte acidental do segurado

III - Laudo cadavérico no caso de morte acidental do segurado

IV - Habilitação, no caso de acidente de trânsito, marítimo ou terrestre em que o segurado seja o condutor do veículo

V- Documento de identificação com foto e CPF do segurado

VI - Documento de identificação com foto e CPF ou certidão de nascimento do filho

VII - Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

VIII - Documento de identificação com foto e CPF do responsável legal;

IX - Comprovante de endereço do responsável legal;

X - Formulário de autorização de crédito da indenização (fornecido pela seguradora);

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Filhos Póstumos todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.