



CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

ALFA ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Processo Susep nº 15414.604955/2020-06

Sumário	
OUVIDORIA.....	4
DISPOSIÇÕES GERAIS	6
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	7
1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	8
2. OBJETIVO DO SEGURO	16
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	16
4. RISCOS COBERTOS.....	16
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	17
6. CAPITAL SEGURADO	20
7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO.....	20
8. CUSTEIO DO SEGURO.....	20
9. FRANQUIA.....	20
10. CARÊNCIA.....	20
11. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	21
12. VIGÊNCIA DA APÓLICE	23
13. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	23
14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	23
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	24
16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	25
17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	26
18. JUNTA MÉDICA.....	29
19. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES).....	30
20. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	31
21. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	33
22. PRESCRIÇÃO.....	34
23. FORO CONTRATUAL.....	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL	38
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL- ASSISTÊNCIA FUNERAL	41
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO.....	45
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	48
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	57

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	61
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)	65
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)	68
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM UTI (DIH-UTI)	73
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES - CÔNJUGE	78
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES – FILHO(S)	81

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER?

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE?

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER?

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguros

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pela Seguradora obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanecendo inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais legais em vigor.

QUEM É O OUVIDOR?

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

QUAL A FUNÇÃO DO OUVIDOR?

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.

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

A aceitação da proposta de contratação e de adesão estão sujeitas a análise do risco.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Neste seguro, não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP constante na Apólice de Seguro

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela ALFA SEGUROS para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo Econômico, bem como, para o fim único da execução do contrato do seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos auxiliam no cumprimento do contrato de seguro e respectivas prestações de serviços inerentes ao contrato e plano firmado entre as partes (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, Call Center, corretora, estipulante etc).

Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela ALFA SEGUROS, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais deverá entrar em contato com a ALFA SEGUROS, por meio do e-mail: atendimento@alfaseg.com.br

A ALFA SEGUROS garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integridade a política de proteção de dados da ALFA SEGUROS, por favor, acesse:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/LGPD>

1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para efeito das disposições destas Condições Gerais ficam convenionadas as seguintes definições:

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

a. Incluem-se nesse conceito:

- i. Os acidentes pessoais decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- ii. Os acidentes pessoais decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iii. Os acidentes pessoais decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- iv. Os acidentes pessoais decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

- I. **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- II. **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- III. **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- IV. **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.**

▲ **ACEITAÇÃO DO RISCO:** Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida pelo segurado ou pelo intermediário de seguros para a contratação do seguro.

▲ **AGRAVAMENTO DO RISCO:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurado.

▲ **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Local para a abrangência da cobertura da apólice.

▲ **APÓLICE:** Documento contratual emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

▲ **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado.

▲ **BENEFICIÁRIO:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

▲ **CAPITAL SEGURADO:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

▲ **CLIENTE:** o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta.

▲ **COBERTURA:** Compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

▲ **COMISSÃO:** É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro.

▲ **CONDIÇÃO PREEXISTENTE:** É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares e odontológicos ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

▲ **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

▲ **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos do ente supervisionado, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

▲ **CÔNJUGE:** É a(o) esposa(o) do segurado (a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

▲ **CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O intermediário de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

▲ **DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

▲ **DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** apólices, bilhetes e certificados individuais de seguro, títulos de capitalização, certificados de participante, contratos coletivos e endossos.

▲ **DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE:** 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 do

seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação/proposta de adesão na data da contratação de seguro.

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

▲ **ENDOSSOS (OU ADITIVOS):** É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

▲ **ENTE SUPERVISIONADO:** a sociedade seguradora ou a entidade aberta de previdência complementar.

▲ **EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

▲ **FORO:** Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

▲ **FRANQUIA:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

▲ **FRAUDE:** Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

▲ **INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar a o segurado ou seu(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

▲ **ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES:** É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

▲ **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

▲ **INTERMEDIÁRIO:** o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de

microseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição.

▲ **LAUDO MÉDICO:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

▲ **MÁ-FÉ:** Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.

▲ **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

▲ **OBJETIVO DO SEGURO:** É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.

▲ **OMISSÃO:** No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

▲ **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** É o período de validade devidamente discriminado na apólice.

▲ **PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado a seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

▲ **PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

▲ **PRO RATA TEMPORIS:** Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.

▲ **PROPONENTE:** O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

▲ **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** Documento legal pelo qual o proponente solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.

▲ **RISCOS EXCLUÍDOS:** Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

▲ **SEGURADO:** Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

▲ **SEGURADORA:** ENTE SUPERVISIONADO, sendo a ALFA Previdência e Vida S.A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

▲ **SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, podendo este ser pago totalmente pelo segurado ou parcialmente.

▲ **SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

▲ **SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS:** É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

▲ **TABELA DE PRAZO CURTO:** São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios de seguro pagos a ente supervisionada, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

▲ **VIGÊNCIA:** É o período pelo qual está contratado o seguro.

A SEGUIR DESCREVEMOS AS DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS PARTICULARES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS:

▲ **AGRAVO MÓRBIDO:** evolução com piora de uma doença.

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

▲ **APARELHO LOCOMOTOR:** conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

- ▲ **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer atividade ou trabalho principal por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- ▲ **AUXÍLIO:** ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- ▲ **ATO MÉDICO:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.
- ▲ **CARDIOPATIA GRAVE:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- ▲ **COGNIÇÃO:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- ▲ **CONNECTIVIDADE COM A VIDA:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- ▲ **CONSUMPÇÃO:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- ▲ **DADOS ANTROPOMÉTRICOS:** conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.
- ▲ **DEAMBULAR:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- ▲ **DEFICIÊNCIA VISUAL:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- ▲ **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.
- ▲ **DOENÇA CRÔNICA:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- ▲ **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

▲ **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.

▲ **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

▲ **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, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

▲ **DOENÇA PROFISSIONAL:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

▲ **ESTADOS CONEXOS:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

▲ **ETIOLOGIA:** causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

▲ **FATORES DE RISCO E MORBIDADE:** fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

▲ **HÍGIDO:** saudável.

▲ **PROGNÓSTICO:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

▲ **QUADRO CLÍNICO:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

▲ **RECIDIVA:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

▲ **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

▲ **RELAÇÕES EXISTENCIAIS:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

▲ **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

▲ **SEQUELA:** qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

▲ **TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este seguro, de caráter e modalidade de seguro de pessoas individual, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário (s), caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas expressamente contratadas pelo Proponente e devidamente indicadas na proposta de contratação, nas condições contratuais e na Apólice individual, desde que o evento não se enquadre como **“riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **exceto se houver disposição em contrário definido nas Condições Especiais de cada cobertura.**

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela ALFA Previdência e Vida S/A e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais para cada cobertura contratada, que farão parte integrante e inseparável do contrato:

- ▲ Morte Acidental
- ▲ Morte Acidental – Auxílio Funeral

- ▲ Morte Acidental – Assistência Funeral
- ▲ Morte Acidental – Cesta Básica - Auxílio Alimentação
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH)
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente em UTI (DIH-UTI)
- ▲ Inclusão de Cobertura para Cônjuge
- ▲ Inclusão de Cobertura para Filho

4.2. As Coberturas poderão ser contratadas isolada ou conjuntamente, de acordo com a combinação e planos disponíveis comercialmente pela ALFA Previdência e Vida S/A.

4.3. Constarão da Proposta as coberturas contratadas pelo Proponente e, devidamente expressas e ratificadas no Apólice de Seguro emitida pela ALFA Previdência e Vida S/A.

4.4. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de coberturas.

4.5. PARA OS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, O OFERECIMENTO E A CONTRATAÇÃO DE COBERTURAS CUJA INDENIZAÇÃO SE DÊ SOB A FORMA DE REEMBOLSO DE DESPESAS OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DESDE QUE A DESPESA OU SERVIÇO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS AO SINISTRO COBERTO.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO ITEM 1 – DEFINIÇÕES GERAIS E DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÕES NUCLEARES PROVOCADAS OU NÃO, BEM

COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

b) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA CIVIL, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DECLARADAS OU NÃO, INVASÃO, HOSTILIDADE, INSURREIÇÃO DE PODER MILITAR OU USURPADO, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS DE TERRORISMO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETUANDO-SE OS CASOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

c) DOENÇAS E ACIDENTES PESSOAIS PREEXISTENTES, ASSIM ENTENDIDO: ESTADOS MÓRBIDOS E DOENÇAS CONTRAÍDAS ANTERIORMENTE À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NO ATO DA CONTRATAÇÃO, BEM COMO OS ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

d) SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS: - DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO; OU - DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO FEITA EXCLUSIVAMENTE PELO SEGURADO. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;

e) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO cliente BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

f) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

g) EPIDEMIAS, PANDEMIAS, EXCETO A MORTE DECORRENTE DE COVID19 E SUAS VARIANTES, ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO ASSIM DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;

h) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES, DE CARÁTER COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;

i) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO SE DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

- j) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- k) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA OU RELACIONADOS A ATO TERRORISTA, CABENDO A ENTE SUPERVISIONADA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRESENTE SEGURO;**
- l) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- m) ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS CONSEQUÊNCIAS SURJAM DURANTE A SUA VIGÊNCIA;**
- n) TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS À OBESIDADE MÓRBIDA INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA, DOENÇAS CONGÊNITAS, ESTERILIZAÇÃO, FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, MESMO QUANDO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL;**
- o) CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA COBERTO;**
- p) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;**
- q) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.**

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado deste plano será escolhido pelo proponente no momento da contratação e constará na Apólice, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

6.2. Toda e qualquer alteração ou atualização de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo Segurado, seu representante ou corretor de seguros, e desde que aceito pela Seguradora.

6.3. O CAPITAL DA GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL, NOS SEGUROS DE MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS, DESTINA-SE APENAS AO REEMBOLSO DAS DESPESAS COM FUNERAL, QUE DEVEM SER COMPROVADAS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DAS CONTAS ORIGINAIS, AS QUAIS PODEM SER SUBSTITUÍDAS, A CRITÉRIO DA SEGURADORA, POR OUTROS COMPROVANTES SATISFATÓRIOS, INCLUINDO-SE ENTRE AS DESPESAS COM FUNERAL AS HAVIDAS COM O TRASLADO, NÃO ESTANDO COBERTAS AS DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE TERRENOS, JAZIGOS OU CARNEIROS.

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

7.1. Haverá cláusula específica nas condições especiais de cada cobertura contratada, definindo se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.

7.2. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática, caso haja esta opção descrita nas condições contratuais do seguro.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1. O custeio deste seguro será 100% Contributário, ou seja, quando o próprio Segurado paga os prêmios do seguro.

9. FRANQUIA

9.1. A franquia, caso seja aplicável, estará devidamente especificada nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

10. CARÊNCIA

10.1. É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou cobertura contratada ou do aumento do capital segurado por solicitação do Segurado,

durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

10.2. O período de carência, caso seja aplicável, estará devidamente especificado nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

10.3. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da vigência inicial do Contrato ou do risco individual, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

10.4. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não se aplica período de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponder a dois anos ininterruptos.

11. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A contratação do seguro individual de pessoas poderá ser realizada mediante o preenchimento e a **assinatura da Proposta de Contratação ao Seguro** e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Proponente ou seus Representantes. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A para análise do risco coletivo proposto.

11.1.1. O Proponente ao assinar a proposta de contratação, ratifica que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

11.1.2. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

11.2. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

11.3. A ALFA Previdência e Vida S/A terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação e demais documentos contratuais, para decidir pela aceitação ou recusa da contratação do seguro individual proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

11.3.1. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração das condições do seguro vigente, uma única vez.

11.3.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 11.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

11.4. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao cliente, por meio de documento físico ou remoto.

11.5. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 11.3 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Segurado.

11.6. A ausência de manifestação da seguradora no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da proposta de Contratação.

11.7. Havendo a não aceitação do seguro proposto, a seguradora comunicará formalmente ao cliente, ao seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de contratação, com a devida justificativa.

11.7.1. Em caso de recusa da proposta de contratação, a ALFA Previdência e Vida S/A providenciará a devolução de prêmio eventualmente pago antes da data da manifestação, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

11.7.2. O valor do prêmio a ser devolvido sujeita-se à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.

11.8. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 20 - Perda de direitos à indenização e os seus subitens destas condições contratuais.

11.9. O PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA DO SEGURO, ASSIM COMO O PREENCHIMENTO E ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DEMAIS DOCUMENTOS CONTRATUAIS, CARACTERIZA A CIÊNCIA, ACEITAÇÃO E CONCORDÂNCIA, PELO SEGURADO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTES SEGUROS.

12. VIGÊNCIA DA APÓLICE

12.1. A vigência da apólice poderá ser de curto prazo, anual ou plurianual, sendo este período definido na Proposta de Contratação e Condições Contratuais, acordadas entre as partes.

12.2. O início de vigência da apólice é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na apólice de seguro emitida pela ALFA Previdência e Vida S/A e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado da mesma como final do contrato, inclusive endossos correspondentes.

12.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

12.4. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12.5. Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela Seguradora, devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data da aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.

12.6. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice.

13. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

13.1. Este seguro não prevê renovação, portanto caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições ou com atualizações deverá providenciar nova proposta devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, seu representante ou corretor de seguros, para que a Seguradora analise todos os aspectos necessários para tomar a decisão sobre aceitação ou recusa do risco.

14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

14.1. É facultado **exclusivamente** ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à ALFA Previdência e Vida S/A, ressalvadas as restrições legais.

14.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no Código Civil Brasileiro.

14.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato, conforme o Código Civil Brasileiro.

14.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

14.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela ALFA Previdência e Vida S/A antes da ocorrência do sinistro.

14.6. Será válido o pagamento feito pela ALFA Previdência e Vida S/A se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

14.7. Se a ALFA Previdência e Vida S/A não for cientificada até o período estabelecido no item 14.4 desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

14.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A.

15.2. O pagamento do prêmio poderá ser mensal ou anual, de acordo com a opção do Segurado, e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura, conforme definido na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

15.3. O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, e outros critérios eventualmente estabelecidos na Proposta de Contratação.

15.4. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

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

15.6. Qualquer indenização somente passa a ser devida com a caracterização e cobertura do risco e pressupõe o recolhimento antecipado do prêmio à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

15.7. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas serão deduzidas integralmente do valor da indenização, considerando-se as proporções entre os beneficiários.

15.8. Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no Contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

15.9. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da Apólice a partir do dia subsequente ao início do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

15.10. As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão acrescidas de juros moratórios equivalentes à 1% a.m. (um por cento ao mês), desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

15.11. A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

15.12. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado .

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Ocorrido um evento previsto na Apólice de Seguro contratado, a ALFA Previdência e Vida S/A deverá ser comunicada imediatamente e de forma expressa, através da Central de Atendimento da Alfa no telefone 3004-2532 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-202-2532 (demais localidades) que informará e orientará sobre a os documentos obrigatórios para avaliação do sinistro.

16.2. As indenizações, se devidas, serão pagas em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento.

16.2.1. A documentação necessária para abertura do sinistro está relacionada na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro, e deverá ser acrescida

dos documentos específicos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

16.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar ao(s) beneficiário(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 17 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 16.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela ALFA Previdência e Vida S/A destes documentos e informações ou esclarecimentos.

16.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 16.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 16.4 e 16.5 desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 16.2.

16.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.

16.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento. No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

16.6. O pagamento será feito no Brasil e em moeda nacional.

16.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela ALFA Previdência e Vida S/A.

17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A, são os abaixo indicados, acrescidos daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas.

17.1.1. **Formulário Aviso de Sinistro:** documento fornecido pela ALFA Previdência e Vida S/A, devidamente preenchido em todos os seus campos.

17.1.2. **Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas:** documento fornecido pela Seguradora que deverá ser preenchido por todos os beneficiários individualmente.

17.1.3. **Documentos do Segurado:**

- a) Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil), ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento) do segurado principal;
 - I. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

17.1.4. **Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Física**

17.1.4.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Contratação:

a) Se maior de 16 (dezesesseis) anos, inclusive:

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Certidão de Casamento atualizada;
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b) Se menor de 16 (dezesesseis) anos:

- o Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- o Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- o Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

17.1.4.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Contratação e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

a) Declaração de Únicos Herdeiros: assinada por todos os herdeiros do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

b) Cônjuge:

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Certidão de Casamento atualizada;
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);

- i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

c) Companheiro(a):

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b.1) Se Segurado solteiro:

- o Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- o Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- o Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- o Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

- o Certidão de Casamento do Segurado;
- o Certidão de Óbito do cônjuge;
- o Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- o Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- o Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- o Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- o Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- o Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- o Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- o Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;

- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

d) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

e) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos:

- Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

f) Pais:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

17.1.4.3. Nas situações em que o Segurado não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

17.1.5. Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

18. JUNTA MÉDICA

18.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, será proposto pela ALFA Previdência e Vida S/A, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela

ALFA Previdência e Vida S/A, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

18.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela ALFA Previdência e Vida S/A.

19. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES)

19.1. Este seguro, em função da existência de Coberturas que permitam o reembolso de despesas de várias naturezas e indeniza, ainda, cobertura decorrente de perda de renda, *desde que contratadas*, prevê em suas condições a cláusula de informação de Apólices de Seguro, portanto o Segurado ou seus representantes e Segurados Individuais que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização.

19.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio;

II – será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item 19.2.

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II.

IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

20. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. A ALFA Previdência e Vida S/A não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, se o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além de estarem obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

20.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a ALFA Previdência e Vida S/A poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do

valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar à ALFA Previdência e Vida S/A, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé na inobservância ao Código Civil Brasileiro.

20.1.2.1. A ALFA Previdência e Vida S/A, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

20.2. A ALFA Previdência e Vida S/A ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do Segurado, de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro e a ALFA Previdência e Vida S/A comprovar o conhecimento prévio do proponente.

20.3. A ALFA Previdência e Vida S/A também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o sinistro;**
 - b1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
- c) deixar de comunicar à Seguradora todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto em conformidade as Condições Gerais e Especiais deste seguro e, ainda, se ficar comprovado que silenciou de má fé, conforme previsto em Código Civil Brasileiro.**

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. A Apólice de Seguro poderá ser cancelada e as coberturas contratadas pelo Segurado cessam:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, onde a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;**
- b) Ao fim do prazo de vigência do Seguro;**
- c) Quando ocorrer o falecimento ou a invalidez total por acidente do Segurado;**
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;**
- e) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização;**
- f) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- g) DIREITO DE ARREPENDIMENTO – é possível a desistência do seguro contratado, no prazo de até 7 (sete) dias corridos, contado da data de emissão da Apólice, com devolução integral dos valores pagos.**

21.2. A cobertura do seguro de cada Segurado TITULAR cessa conforme disposto no item anterior. Além das situações mencionadas anteriormente, a garantia de cada Segurado DEPENDENTE cessa:

- a) Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;**
- b) Se o Segurado Titular deixar o grupo segurado;**
- c) Com a morte do Segurado dependente;**
- d) No caso de cessação da condição de dependente;**
- e) A pedido expresso do Segurado titular, no caso de cônjuge;**
- f) Com a alteração da condição de dependente para condição de Segurado titular, no mesmo grupo segurado do qual fazia parte.**

21.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.4. Durante a vigência do Seguro, a apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Qualquer direito do Segurado com fundamento na Condição Geral, Contrato e Apólice de Seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

23. FORO CONTRATUAL

23.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, 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, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

2.1.3. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.4. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte Acidental não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das Notas Fiscais originais, que podem ser substituídas, a critério da ALFA Previdência e Vida S/A, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

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

1.3. Esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

2.1.3. Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

2.1.4. Despesas com:

- a) **Traslado de Corpo;**
- b) **Roupas em geral;**
- c) **Anúncio em rádio ou jornal;**
- d) **Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- e) **Xerox da documentação;**
- f) **Café, bebidas, refeições em geral;**
- g) **Compra de jazigo;**
- h) **Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
- i) **Lápides e/ou gravações;**

- j) Cruzes;**
- k) Reforma em geral no jazigo;**
- l) Exumação de corpo em jazigo da família;**
- m) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- n) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;**
- o) Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.
- 5.2.** Esta cobertura prevê a Cláusula 19 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3.** O pagamento da cobertura de Morte Acidental - Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os

documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL- ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de funeral no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.

1.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das Notas Fiscais originais, que podem ser substituídas, a critério da ALFA Previdência e Vida S/A, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

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

1.3. Esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

2.1.3. Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

2.1.4. Despesas com:

- a) **Traslado de Corpo;**
- b) **Roupas em geral;**
- c) **Anúncio em rádio ou jornal;**
- d) **Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- e) **Xerox da documentação;**
- f) **Café, bebidas, refeições em geral;**
- g) **Compra de jazigo;**
- h) **Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**

- i) Lápides e/ou gravações;**
- j) Cruzes;**
- k) Reforma em geral no jazigo;**
- l) Exumação de corpo em jazigo da família;**
- m) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- n) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;**
- o) Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia, caso não tenha sido realizada através do acionamento da rede de prestadores para o serviço de assistência, será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 19 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Morte Acidental - Assistência Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, os responsáveis deverão optar entre a prestação de serviço de assistência funeral disponibilizada pela Seguradora, ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada de livre escolha do(s) Beneficiário(s), com a solicitação do reembolso das despesas.

6.2. Para o acionamento da prestação de serviço de assistência, os responsáveis deverão entrar em contato com o telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas, disponibilizado na Apólice de Seguro.

6.3. Na hipótese de escolha de utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada de livre escolha, caberá ao(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL



estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de Auxílio Alimentação, em caso de falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, 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, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

2.1.3. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice Individual.

3.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.4. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte Acidental – Cesta Básica – Auxílio Alimentação não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, **proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura**, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, 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, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

1.3. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbia-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	15
• de 5 centímetros ou mais	10
• de 4 centímetros	6
• de 3 centímetros	0
• menos de 3 centímetros	15
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS¹	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total de nariz com perda de olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10

¹ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS²	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias Lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DE FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total de duas orelhas	16
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	30
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	05
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40

² A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS³	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um ovário	05
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATORIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMINÍNAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva 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	50
Retenção anal	10

³ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS ⁴	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
Síndrome pós-concussional	05

1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;

1.5. Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

1.6. Em todos os casos de invalidez parcial não especificado na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;

1.7. Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro;

1.8. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;

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

1.10. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;

1.11. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por invalidez permanente;

1.12. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração do médico assistente do segurado, resultados de exames realizados

⁴ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

decorrente do acidente e poderá ser complementado através da Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez emitida pelo INSS;

1.13. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau;

1.14. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente;

1.15. Se, depois de paga indenização por invalidez parcial permanente por acidente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez parcial permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura;

1.16. O pagamento do capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial calculada conforme regras acima, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Resultados de exames médicos realizados pelo sinistrado por ocasião do acidente e atuais;
- h) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do sinistrado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.1.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou

de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

8.2. Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

8.3. A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o consequente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, 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, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

1.3. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

1.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a

indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

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

1.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

1.8. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e

1.9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total por acidente.

1.10. 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.

1.11. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido

declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a participação do segurado sinistrado, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- h) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do sinistrado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.1.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

8.2. Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, **decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

1.2. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

1.3. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, 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, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

1.4. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico/hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.5. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado.

1.6. Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

1.7. As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a Seguradora não abaterá do capital segurado devido por Morte Acidental ou Invalidez Permanente e Total por Acidente o valor pago por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

1.8. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei, exceção nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, de prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

2.1.3. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.4. viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

2.1.5. Despesas com:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto.**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura poderá prever a aplicação de franquias, sendo definida nas condições contratuais do seguro, Apólice de Seguro.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com as despesas médicas, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 19 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Resultados de exames médicos realizados pelo sinistrado por ocasião do acidente e atuais;
- g) Para reembolso de honorário médicos, enviar: Recibo carimbado pelo médico com CPF/CNPJ e CRM; Relatório médico constando todos os procedimentos realizados de acordo com a tabela AMG.
- h) Para reembolso de honorários de hospital, enviar: Notas fiscais; discriminativo da conta hospitalar; Cópia do prontuário médico do período referente aos honorários cobrados.
- i) Para reembolso de exames médicos, enviar: Notas fiscais; Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame médico.
- j) Para reembolso de outras despesas, enviar: Notas fiscais; Pedido médico e/ou outros documentos que comprovem a necessidade da despesa reclamada.

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura, em caso de sinistro, reintegrará automaticamente o capital segurado, somente para novas ocorrências de acidentes pessoais com o Segurado, durante a vigência do Seguro.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada dia em que o Segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Risco Excluído.
- 1.2.** Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade.
- 1.3.** O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas na Apólice de Seguro.
- 1.4.** Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.
- 1.5.** A Diária de Incapacidade tem também como objetivo atender a uma complementação salarial, no caso de afastamento do trabalho conforme definido na Cláusula 1.1 destas Condições Especiais.
- 1.6.** Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da ALFA Previdência e Vida S/A, sendo que esta arcará com tais despesas.
- 1.7.** Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado na Apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por incapacidade serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia até o prazo máximo determinado nestas condições especiais.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais, devidamente comprovado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de afastamento, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho e prorrogação, se houver;
- b) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- c) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- i) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:

- *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
- *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do segurado decorrente, **exclusivamente de acidente pessoal coberto**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

1.2. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

1.3. O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas nas Condições Contratuais, Apólice Individual de Seguro.

1.4. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

1.5. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**

1.6. **Para os fins desta cláusula, entende-se:**

1.6.1. Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

1.6.2. Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.7. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenha por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou

psicoterapia;

2.1.3. Internações domiciliares (home care);

2.1.4. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;

2.1.5. Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.

2.1.6. Diálises e hemodiálises;

2.1.7. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.8. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;

2.1.9. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;

2.1.10. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);

2.1.11. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

2.1.12. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

2.1.13. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

2.1.14. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

2.1.15. Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

2.1.16. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

2.1.17. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

2.1.18. Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;

2.1.19. Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;

2.1.20. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.21. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

2.1.22. Eventos não decorrentes de risco coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. A Franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 1 (uma) diária e máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de internação, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais, Apólice de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 19 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi

socorrido/atendido por ocasião do acidente;

- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;
- c) Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM UTI (DIH-UTI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, **em caso de internação hospitalar em UTI – Unidade de Terapia Intensiva** do segurado decorrente, **exclusivamente de acidente pessoal** coberto, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

1.2. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

1.3. O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas nas Condições Contratuais, Apólice Individual de Seguro.

1.4. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

1.5. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**

1.6. Para os fins desta cláusula, entende-se:

1.6.1. Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

1.6.2. Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação **exclusiva em UTI – Unidade de Terapia Intensiva**, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.7. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação em UTI – Unidade de Terapia Intensiva que tenha por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

- 2.1.2. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- 2.1.3. Internações domiciliares (home care);**
- 2.1.4. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;**
- 2.1.5. Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.**
- 2.1.6. Diálises e hemodiálises;**
- 2.1.7. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- 2.1.8. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;**
- 2.1.9. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;**
- 2.1.10. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);**
- 2.1.11. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- 2.1.12. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- 2.1.13. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;**
- 2.1.14. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- 2.1.15. Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;**
- 2.1.16. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- 2.1.17. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 2.1.18. Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;**
- 2.1.19. Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;**

2.1.20. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.21. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

2.1.22. Eventos não decorrentes de risco coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. A Franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 1 (uma) diária e máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia, sem prejuízo do período de carência.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de internação, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro do Segurado.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais, Apólice de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 19 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente em UTI – Unidade de Terapia Intensiva não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;
- c) Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.**

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e

da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES - CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. Garantir ao Segurado titular o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento de seu cônjuge, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais e Condições Especiais que regem este seguro.**

1.2. Para fins deste seguro e **desde que contratada esta cláusula**, será incluído, na qualidade de Segurado dependente, o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado titular.

1.3. É admitida para este seguro a contratação das coberturas previstas para cônjuges na forma de contratação facultativa ou automática, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.

1.4. Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

3. COBERTURAS

3.1. Para fins desta Cláusula, na forma de inclusão automática do cônjuge, poderão ser contratadas, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo Segurado titular, as seguintes coberturas:

- a) Morte Acidental
- b) Morte Acidental – Auxílio Funeral
- c) Morte Acidental – Assistência Funeral
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- e) Invalidez Permanente Total por Acidente
- f) Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas

3.2. Para fins desta Cláusula, na forma de inclusão facultativa do cônjuge, poderão ser contratadas, mediante solicitação na Proposta de Contratação as mesmas coberturas efetivamente contratadas também pelo Segurado titular.

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito

na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada Cobertura, bem como:

- a) RG e CPF do Cônjuge;
- b) Certidão de casamento emitida após o óbito ou comprovantes de união estável;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual do cônjuge não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo Segurado titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

6. INÍCIO DA GARANTIA

6.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do Segurado titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula de Inclusão de Dependente;
- b) Na data de inclusão desta Clausula de Inclusão de Dependente na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Condição Especial.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. A indenização por Morte, devida por esta cláusula, será paga ao Segurado titular, e a de Invalidez, seja ela parcial ou total, será devida ao próprio Segurado dependente nos termos da presente cláusula.

8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

8.1. A cobertura para o cônjuge prevista nesta clausula, cessará automaticamente quanto ocorrer:

- a) Solicitação de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) Cancelamento das respectivas condições especiais;
- c) Cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- d) A morte do cônjuge dependente Segurado por esta cobertura;
- e) A morte do Segurado;
- f) A separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- g) A perda pelo dependente cônjuge do seu vínculo com o Segurado titular.

8.2. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES – FILHO(S)

1. OBJETIVO

1.1. Garantir ao Segurado titular o pagamento de uma indenização em caso de falecimento de algum dos seus filhos dependentes, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais e Condições Especiais que regem este seguro.**

1.2. Para fins deste seguro e **desde que contratada esta cláusula**, será incluído, na qualidade de Segurado dependente, todos os filhos dependentes do Segurado titular.

1.3. **Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado titular para efeito desta cláusula.**

1.4. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do Segurado de maior capital segurado.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS DEPENDENTES

2.1. Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta cobertura:

2.1.1. Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;

2.1.2. Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;

2.1.3. Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

2.1.4. Natimortos quando houver a realização do funeral.

2.2. PARA MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO EXCLUSIVAMENTE O PAGAMENTO DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL.

2.3. Para efeito de comprovação da qualidade de dependente na ocasião do sinistro, será necessária apresentação da Declaração do Imposto de Renda dos últimos dois anos imediatamente anteriores ao evento, onde conste o nome do dependente envolvido no sinistro.

2.4. Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula os filhos que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

3. COBERTURAS

3.1. Para fins desta Cláusula, poderão ser contratadas, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo Segurado titular, as seguintes coberturas:

- a) Morte Acidental

- b) Morte Acidental – Auxílio Funeral
- c) Morte Acidental – Assistência Funeral

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada Cobertura, bem como:

- a) RG e CPF do filho ou Certidão de nascimento em caso de menor de 16 anos;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo Segurado titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

6. INÍCIO DA GARANTIA

6.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- c) Na data de início do risco individual do Segurado titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula de Inclusão de Dependente;
- d) Na data de inclusão desta Clausula de Inclusão de Dependente na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Condição Especial.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. As indenizações devidas por esta cláusula suplementar serão pagas ao Segurado titular.

8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

8.1. A cobertura para filhos prevista nesta cláusula, cessará automaticamente quanto ocorrer:

- a) Solicitação de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) Cancelamento das respectivas condições especiais;
- c) Cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- d) A morte do dependente Segurado por esta cobertura;
- e) A morte do Segurado;
- f) do filho completar 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário.

8.2. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a

Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

