



CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

ALFA VIDA PERSONALIZADO

TAXA MÉDIA

Processo Susep nº 15414.003005/2006-01

Sumário	
OUVIDORIA.....	5
DISPOSIÇÕES GERAIS	7
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	8
1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	9
2. OBJETIVO DO SEGURO	18
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	18
4. RISCOS COBERTOS.....	18
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
6. CAPITAL SEGURADO	23
7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO.....	23
8. GRUPO SEGURÁVEL	23
9. GRUPO SEGURADO.....	24
10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO	24
11. CUSTEIO DO SEGURO.....	24
12. FRANQUIA	25
13. CARÊNCIA.....	25
14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante.....	25
15. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO – Proponente Individual	28
16. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO	31
17. VIGÊNCIA DA APÓLICE	31
18. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	32
19. VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO.....	33
20. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)	33
21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	34
22. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PPREVIDÊNCIA E VIDA S/A.....	35
23. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	35
24. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	36
25. PAGAMENTO DO PRÊMIO	36
26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	38
27. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	39
28. JUNTA MÉDICA.....	43
29. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES).....	43
30. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	44

31. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	46
32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	47
33. PRESCRIÇÃO.....	47
34. FORO CONTRATUAL.....	47
CONDIÇÕES ESPECIAIS	48
COBERTURA DE MORTE.....	48
COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FUNERAL.....	51
COBERTURA DE MORTE - ASSISTÊNCIA FUNERAL	55
COBERTURA DE MORTE – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO	59
COBERTURA DE MORTE – AUXÍLIO FAMÍLIA	62
COBERTURA DE MORTE – AUXÍLIO FUNERAL AGREGADOS.....	65
COBERTURA DE MORTE – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL.....	68
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR MORTE	71
COBERTURA DE MORTE – FILHOS PÓSTUMOS	74
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	78
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL	81
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL- ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	84
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO.....	88
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM HORÁRIO DE TRABALHO.....	91
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM HORÁRIO DE TRABALHO – AUXÍLIO FUNERAL	94
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	97
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	106
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM HORÁRIO DE TRABALHO (IPAT).....	110
COBERTURA DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DECORRENTES DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	119
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE OU DOENÇA – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL (DRCI).....	123
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	126
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL LABORAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFLPD).....	132
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS.....	136
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	139
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	142
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES.....	146
COBERTURA DE CESTA NATALIDADE – NECESSIDADES BÁSICAS.....	158

COBERTURA DE CESTA NATALIDADE – DESPESAS EXTRAS.....	160
COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO DO(S) FILHO(S)	162
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	165
COBERTURA DE DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ (DDAI)	169
COBERTURA DE DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (DAIA)...	173
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	177
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	181
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AFASTAMENTO POR ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO	184
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AFASTAMENTO POR ACIDENTE.....	187
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA	190
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE.....	195
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA EM UTI	200
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM UTI	205
COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS - DECORRENTE DE ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO	210
COBERTURA DE AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AEPA)	213
COBERTURA DE AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AAE).....	216
COBERTURA DE PERDA DE RENDA PARCIAL.....	219
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	222
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES - CÔNJUGE.....	227
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DEPENDENTES – FILHO(S).....	230
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	233

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, Apólice e Certificado do 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.

▲ **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento contratual destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

▲ **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.

▲ **CONTRATO:** Documento contratual que serve de Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e do beneficiário.

▲ **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.

▲ **ESTIPULANTE:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

▲ **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.

▲ **GRUPO SEGURADO:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

▲ **GRUPO SEGURÁVEL:** Totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ **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 microsseguros, 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 ADESÃO:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- ▲ **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** Documento legal pelo qual o estipulante 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.
- ▲ **SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

▲ **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.

▲ **VÍNCULO:** É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

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.

▲ **CONECTIVIDADE 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 sobrevivência 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 coletivo, 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 Estipulante e devidamente indicadas na proposta de contratação ou adesão, nas condições contratuais e no certificado 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
- ▲ Morte – Auxílio Funeral
- ▲ Morte - Assistência Funeral
- ▲ Morte – Cesta Básica - Auxílio Alimentação
- ▲ Morte - Auxílio Família
- ▲ Auxílio Funeral Agregados
- ▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual
- ▲ Indenização Extraordinária por Morte
- ▲ Morte - Filhos Póstumos
- ▲ Morte Acidental

- ▲ Morte Acidental – Auxílio Funeral
- ▲ Morte Acidental – Assistência Funeral
- ▲ Morte Acidental – Cesta Básica - Auxílio Alimentação
- ▲ Morte Acidental em Horário de Trabalho
- ▲ Morte Acidental em Horário de Trabalho – Auxílio Funeral
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Horário de Trabalho (IPAT)
- ▲ Despesas Extraordinárias decorrentes de Invalidez Total ou Parcial por Acidente
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença - Despesas com Rescisão Contratual (DRCI)
- ▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- ▲ Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença (IFLPD)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos (IPTDCF)
- ▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- ▲ Diagnóstico de Câncer
- ▲ Diagnóstico de Doenças Graves
- ▲ Cesta Natalidade – Necessidades Básicas
- ▲ Cesta Natalidade – Despesas Extras
- ▲ Nascimento Prematuro
- ▲ Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- ▲ Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez
- ▲ Despesas com Adaptação em caso de Invalidez Por Acidente
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária por Acidente
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária – Cesta Básica - Auxílio Alimentação – Afastamento por Acidente de Trabalho
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária - Cesta Básica – Auxílio Alimentação – Afastamento por Acidente
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença

- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença em UTI
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente em UTI
- ▲ Auxílio Medicamentos – Decorrente de Acidente ocorrido em horário de trabalho
- ▲ Auxílio Especial por Acidente (AEPA)
- ▲ Auxílio em caso de Acidente Excepcional (AAE)
- ▲ Perda de Renda Parcial
- ▲ Perda de Renda Por Acidente ou Doença
- ▲ Inclusão de Cobertura para Cônjuge
- ▲ Inclusão de Cobertura para Filho
- ▲ Distribuição de Excedentes Técnicos

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 Apólice e Certificados as coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante(s) informadas na proposta de contratação e, devidamente expressas e ratificadas no Contrato emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A, em favor do Grupo Segurado, contendo as suas particularidades, respectivos critérios de composição dos capitais segurados e demais condições contratuais aceitas pela ALFA Previdência e Vida S/A, seja para o grupo segurado como para cada segurado individualmente.

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, exceto quando da contratação das coberturas de Morte e Morte Acidental, respeitando os seus limites máximos contratados.

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 /ESTIPULANTE. 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, OU AINDA PELOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES DO ESTIPULANTE;

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 é o valor máximo, expresso em moeda corrente nacional ou moeda estrangeira, de acordo com a opção contratual e para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

6.2. O critério de definição e modalidade de capital segurado para cada proponente escolhido pelo Estipulante estará especificado nos documentos contratuais e o valor do capital segurado Individual para cada cobertura contratada estará descrito de forma expressa no Certificado Individual de Seguro, disponibilizado ao Estipulante e/ou Segurados Individuais.

6.3. O Segurado, o Estipulante ou Sub-estipulante poderá solicitar aumento do capital segurado, mediante solicitação por escrito a ALFA Previdência e Vida S/A, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

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. GRUPO SEGURÁVEL

8.1. Segurados Titulares: aquelas pessoas que mantêm vínculo empregatício devidamente e legalmente comprovado com o Estipulante;

8.2. Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

8.3. Segurados Agregados: somente o Pai, a Mãe, o Sogro e a Sogra dos Segurados titulares que solicitarem a inclusão por escrito e desde que aceito pela Seguradora.

8.4. É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

9. GRUPO SEGURADO

9.1. É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Condições Contratuais deste Seguro.

10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO

10.1. A contratação efetuada por meio de apólice coletiva se destina a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas com as quais o Estipulante possua vínculo, o qual deverá estar, de forma clara e objetiva, definido nas condições contratuais.

10.2. O Estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de Sub-estipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas Condições Gerais e Condições Contratuais.

10.3. Este plano de seguro permite a contratação por adesão facultativa ou compulsória por parte do Grupo Segurável vinculado ao Estipulante ou Sub-estipulante, sendo que deve prevalecer apenas uma condição para o mesmo grupo segurado, caso contrário deve-se considerar planos e contratos distintos na ALFA Previdência e Vida S/A.

10.3.1. Entende-se por adesão facultativa a contratação voluntária de cada indivíduo vinculado ao Estipulante ou Sub-estipulante.

10.3.2. Entende-se por adesão compulsória a adesão involuntária das pessoas elegíveis e devidamente aceitas pela Seguradora, conforme definido em contrato firmado entre as partes.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

a. Não Contributário: é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante ou Sub-estipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-

se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro.

b. Contributário: é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro por meio de preenchimento da Proposta de Adesão.

11.2. Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante ou Sub-estipulante sempre será o único responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos.

12. FRANQUIA

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

13. CARÊNCIA

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

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

13.3. 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.

13.4. 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.

14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante

14.1. A contratação do seguro coletivo 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, Estipulante e Sub-estipulante, se houver, 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.

14.1.1. O Estipulante e Sub-estipulante, ao assinarem a proposta de contratação, ratificam que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

14.2. 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.

14.3. 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, inclusive quando do recebimento das propostas e/ou relação de segurados, para decidir pela aceitação ou recusa da contratação do seguro coletivo proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

14.3.1. 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.

14.3.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 14.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

14.4. 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.

14.5. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 14.3 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Estipulante e/ou Sub-estipulante.

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

14.7. 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.

14.7.1. 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.

14.7.2. 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.

14.8. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 30 - Perda de direitos à indenização e os seus subitens destas condições contratuais.

14.9. Na hipótese de **transferência ou encampação** do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os segurados titulares afastados do trabalho desde que, no momento da cotação, os mesmos tenham sido devidamente informados, bem como as causas de seus afastamentos, e aceitos pela seguradora.

14.10. Considera-se **encampação** a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

14.10.1. No caso de **encampação** de apólice de seguro pela ALFA Previdência e Vida S/A, será de responsabilidade do Estipulante e/ou Sub-estipulante, ou seu Representante fornecer a proposta de adesão preenchida pelos Segurados na empresa Seguradora Congênere, quando a ALFA Previdência e Vida S/A solicitar a qualquer momento, com a devida justificativa.

14.11. Considera-se **migração** a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

14.12. No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

14.13. Deverá haver emissão e envio dos certificados individuais aos segurados e não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

14.14. É admitida a dispensa do recolhimento de anuência de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que

implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Neste caso é admitida a dispensa da proposta de adesão à nova apólice coletiva.

15. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO – Proponente Individual

15.1. Este plano de seguro coletivo admite a contratação de seguros coletivos conforme características e obrigações específicas decorrentes de regulamentação e convenções coletivas de cada categoria profissional.

15.2. É admitida a estruturação de seguro coletivo de acidentes pessoais que possua as seguintes características:

I - Não conhecimento prévio da identidade das pessoas naturais expostas aos riscos segurados; e

II - Vinculação das coberturas a riscos restritos ao período de permanência das pessoas naturais seguradas em um evento organizado e/ou em uma área delimitada, desde que devidamente identificados na apólice de seguro, inclusive no que se refere à localização geográfica; ou,

III- vinculação das coberturas a riscos relacionados à utilização do meio de transporte indicado na apólice/certificado/bilhete de seguro pelas pessoas seguradas.

§ 1º Este plano de seguro deve ser não contributivo, sendo dispensado o preenchimento de proposta de adesão por parte das pessoas seguradas e o envio de certificado individual.

§ 2º No caso da cobertura de morte acidental, os beneficiários do seguro de que trata estes planos serão aqueles especificados no Código Civil vigente.

15.3. Demais planos com características diferentes aos descritos no item 15.2. a adesão do proponente individual dar-se-á mediante o preenchimento e a assinatura por meios físico ou remoto, a Proposta de Adesão ao Seguro e documentos contratuais disponibilizados pela Seguradora, 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 individual proposto.

15.3.1. O Contrato e as condições contratuais do seguro coletivo firmado com o Estipulante e /ou Sub-estipulante estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu Intermediário assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais do presente seguro coletivo.

15.4. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, as exigências para aceitação dos Proponentes que atenderão a política de subscrição da ALFA Previdência e Vida S/A, bem como, as condições contratuais firmadas com o Estipulante e Sub-estipulante.

15.4.1. Os aposentados, desde que não tenham sido aposentados por invalidez, poderão ser incluídos no seguro pagando eles próprios, ou o Estipulante ou Sub-estipulante, seus respectivos prêmios, desde que obedeçam aos critérios de aceitação estabelecidos aos ativos.

15.4.2. Os Segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice, e desde que não tenham sido beneficiados pela Cobertura de Invalidez Funcional ou Laborativa Permanente Total por Doença (IFPD ou ILPD), podem ser mantidos no seguro, com o devido pagamento do prêmio, sem redução de seu capital segurado se assim desejarem, salvo manifestação em contrário.

15.4.3. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

15.4.4. Para os Segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos prêmios normalmente à Seguradora.

15.4.5. É vedada ao Segurado afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento. Fica garantida, entretanto, a sua participação em qualquer alteração decorrente de correção monetária ou reajustes de salários que venham ser aplicados à totalidade do grupo segurado.

15.5. 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.

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

15.6.1. 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.

15.6.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 15.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

15.7. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao proponente, ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, ou seu Representante, por meio de documento físico ou remoto.

15.8. A emissão e o envio do certificado individual dentro do prazo de que trata o item 15.6 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Segurado.

15.9. A ausência de manifestação da seguradora no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão ao seguro individual

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

15.10.1. Em caso de recusa da proposta de adesão, 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.

15.10.2. 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.

15.11. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 30 - Perda de direitos à indenização e seus subitens, destas Condições Contratuais.

15.12. O Segurado está obrigado a comunicar a ALFA Previdência e Vida S/A, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

15.13. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar a ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro individual ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.14. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

15.15. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e demais documentos contratuais, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado das Condições Contratuais deste seguro.

15.16. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do prêmio do seguro.

16. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO

16.1. É a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido nas condições contratuais e Contrato firmado entre Seguradora, Estipulante e /ou Sub-estipulante.

16.1.1. Caso, no primeiro faturamento, ou o seguro já esteja em vigor, e o número de Segurados ficar inferior ao mínimo estabelecido para a implementação ou manutenção do grupo segurado, a Seguradora reserva-se o direito de recalculer a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro ou resolver o contrato. Não havendo a concordância do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, pela Seguradora.

16.1.2. **Quando da implantação do seguro, a Seguradora recalculará a taxa média do grupo e caso verifique mudança no perfil do grupo segurado, e conseqüentemente, acarrete uma diferença acima de 10% (dez por cento) em relação ao inicialmente proposto, caberá a Seguradora comunicar a Estipulante, Sub-estipulante ou seu Representante legal, a inviabilidade de emissão da apólice e/ou a renegociação de nova taxa média em razão do desvio apontado pela Seguradora.**

16.1.3. **Para os demais períodos, após início de vigência da apólice, será observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto para as apólices de custeio não contributivo e com vínculo empregatício, conforme regulamentação vigente.**

17. VIGÊNCIA DA APÓLICE

17.1. 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.

17.2. 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 no certificado de seguro individual e endossos correspondentes.

18. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

18.1. Na renovação da apólice deverão ser observadas:

18.1.1. **Caso haja na renovação da apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

18.1.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 31** - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

18.1.3. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.

18.1.4. A renovação automática a que se refere o **item 18.1.2** não se aplicará quando a ALFA Previdência e Vida S/A ou o Estipulante ou Sub-estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias da data final de vigência da apólice.

18.1.5. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa e, caso se enquadre na situação do **item 18.1.1** desta Cláusula, a anuência expressa deverá ser do grupo segurado.

18.1.6. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados nas Cláusulas 14 e 15 e os seus respectivos subitens destas Condições Gerais.

18.1.7. 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 nos termos da apólice ou estabelecer as novas condições de renovação do seguro.

19. VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

19.1. Para os seguros de prazo curto ou com vigência intermitente, a vigência de cada segurado será acionada a cada evento ou utilização do plano de seguro, conforme condições contratuais.

19.2. Para os demais planos, o início de vigência do risco individual, será o estabelecido conforme abaixo:

- a) os certificados ou endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;
- b) a Proposta de Adesão recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da apólice;
- c) a Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a ALFA Previdência e Vida S/A receber a proposta assinada pelo Proponente.

19.3. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a ALFA Previdência e Vida S/A providenciará a emissão e o envio do certificado do seguro, com os nomes dos Segurados e dependentes, se for o caso, data de início e final de vigência do seguro, capital segurado e prêmio de cada cobertura, além do prêmio total.

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

20. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

20.1. 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.

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

20.3. 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.

20.4. 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.

20.5. 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.

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

20.7. Se a ALFA Previdência e Vida S/A não for cientificada até o período estabelecido no item 20.4 desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

20.8. 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.

20.9. Reitera-se que para os planos definidos no item 15.2 e no caso da cobertura de morte acidental, os beneficiários do seguro de que trata estes planos serão aqueles especificados no Código Civil vigente.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

21.1. Constituem como obrigações do estipulante e Sub-estipulante:

- I. fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II. manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- IV. repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

- VII. comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

21.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-estipulante:

- I. Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

22.1. Sem prejuízo das obrigações previstas em regulamentação vigente, ALFA Previdência e Vida S/A está obrigada a:

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

23. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

23.1. As taxas do prêmio de seguro serão estabelecidas por taxa média ou única para todo o grupo segurado de acordo com as coberturas e planos contratados.

23.2. Este seguro prevê, o aumento do prêmio produzido pela atualização monetária anual do capital segurado, quando vigência anual ou plurianual.

23.2.1. Neste seguro, não se aplica o aumento decorrente do reenquadramento do prêmio por mudança de faixa etária ou por idade de cada Segurado do grupo segurado.

23.2.2. Os reajustes de taxa média por cobertura contratada serão estabelecidos nas condições contratuais.

23.3. O novo prêmio individual devido a atualização monetária será cobrado no mês posterior ao aniversário da apólice, conforme indicado na proposta de contratação e condições contratuais.

24. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

24.1. O prêmio mensal individual será o produto da taxa média pelo respectivo capital segurado, estabelecida(s) na(s) respectiva(s) Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s).

24.2. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculas as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

24.3. Caso a alteração de taxas prevista nos itens anteriores implique em ônus ou dever aos Segurados deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e recálculo previstos no contrato.

24.4. O recálculo nas taxas finais deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

25. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

25.2. A ALFA Previdência e Vida S/A encaminhará o documento a que se refere o **subitem 25.1** desta Cláusula diretamente ao Estipulante, Sub-Estipulante ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

25.3. O Estipulante e Sub-Estipulante poderão optar, em comum acordo com a ALFA Previdência e Vida S/A pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

25.4. Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.

25.5. Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

25.6. Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do prêmio anual e, no caso do período de cobertura conduzir a fração de mês, será sempre cobrado 1/12 (um doze avos) para cada fração de mês e o período de cobertura será adequado ao prêmio pago.

25.6.1. No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.

25.7. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a ALFA Previdência e Vida S/A obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

25.8. Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

25.9. A ALFA Previdência e Vida S/A providenciará aviso alertando a inadimplência de parcelas e/ou faturas não pagas ao Estipulante e/ou Sub-estipulante e Corretor da Apólice.

25.10. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, caso haja cobertura, todavia, caso ocorra após o prazo de pagamento de prêmio, sem que tenha sido efetuado, a indenização não será paga, mesmo se houver cobertura.

25.11. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá delegar ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante e/ou Sub-estipulante responsável pelo pagamento nos prazos contratuais das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados por meio da rede bancária.

25.11.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela ALFA Previdência e Vida S/A mediante notificação por escrito ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

25.11.2. Se o Estipulante e/ou Sub-estipulante deixar de recolher à ALFA Previdência e Vida S/A os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das coberturas dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante e/ou Sub-estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

25.11.3. O Estipulante e/ou Sub-estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela ALFA Previdência e Vida S/A.

25.11.4. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante e/ou Sub-estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

25.12. Quando o seguro for contratado com autorização de consignação em folha, a ausência do repasse à ALFA Previdência e Vida S/A dos prêmios recolhidos pelo consignante não causará qualquer prejuízo ao Segurado ou respectivos clientes no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos. Cabendo à ALFA Previdência e Vida S/A adotar as medidas cabíveis para a regularização do pagamento junto ao Segurado ou Consignante.

25.12.1. Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

25.12.1.1. Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante e/ou Sub-estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

25.13. Sem prejuízo do item 25.9 desta Cláusula, incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

25.14. A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.

25.14.1. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 25.14 desta Cláusula, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

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

26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

26.1. 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.

26.2. 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.

26.2.1. A documentação necessária para abertura do sinistro está relacionada na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro, e deverá ser acrescida dos documentos específicos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

26.3. 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 27 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 26.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela ALFA Previdência e Vida S/A destes documentos e informações ou esclarecimentos.

26.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 26.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 26.4 e 26.5 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 26.2.

26.4. 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.

26.5. 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).

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

26.7. 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.

27. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

27.1. 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.

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

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

27.1.3. **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.
- c) Comprovante de vínculo entre Segurado e o Estipulante/Sub-Estipulante, tais como:
 - I. **Vínculo empregatício:** Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho do(a) segurado(a) Principal;
 - II. **Vínculo Associativo:** Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo.
- d) Para Seguro Contributivo encaminhar cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro.

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

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

a) Se maior de 16 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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.

27.1.4.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou 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 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

b) Cônjuge:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Certidão de Casamento atualizada;
- 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):

- 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.

b.1) Se Segurado solteiro:

- 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;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- 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.

b.2) Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do Segurado;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- 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.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- 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.

27.1.4.3. 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.

27.1.5. Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Jurídica:

- a) Cópia do Estatuto Social da Estipulante;
- b) Cópia do cartão de CNPJ da Estipulante;
- c) Comprovante de endereço atual (até 60 dias do vencimento) em nome da Estipulante.

27.1.6. **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.**

28. JUNTA MÉDICA

28.1. 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, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

28.2. 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.

29. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES)

29.1. 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 Estipulante, Sub-estipulante, 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.

29.2. 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 29.2.

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.

30. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

30.1. A ALFA Previdência e Vida S/A não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, 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 estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

30.1.1. 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, efetando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

30.1.2. 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.

30.1.2.1. 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.

30.1.2.2. 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.

30.2. 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.

30.3. 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.**

31. CANCELAMENTO DO SEGURO

31.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

31.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto da Cláusula 25 destas Condições Gerais;**
- b) automaticamente, com a morte do Segurado ou de acordo com as condições especiais de demais coberturas contratadas por este seguro, devidamente previstas em contrato;**
- c) mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à ALFA Previdência e Vida S/A;**
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;**
- e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**

f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observado o item 25.17 da Cláusula 25 destas Condições Gerais; e

g) com a cessação do vínculo concreto do Segurado titular com o Estipulante ou Sub-Estipulante.

31.3. O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à ALFA Previdência e Vida S/A após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

31.4. 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.

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

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

32.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante, Sub-estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da ALFA Previdência e Vida S/A, respeitadas as condições Gerais e Especiais da apólice e as regulamentações vigentes do seguro.

33. PRESCRIÇÃO

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

34. FORO CONTRATUAL

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

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, qualquer que seja a causa.

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.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 e Certificado Individual do Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do sinistrado no tratamento para a doença que causou o seu óbito.

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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 Certificado do 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 - 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, qualquer que seja a causa.

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.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3.** O pagamento da cobertura de Morte - 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Comprovantes originais das despesas com o Funeral;
- c) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- d) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do sinistrado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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 Certificado do 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 - 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, qualquer que seja a causa.

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. 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. 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 franquias. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Morte - 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 e Certificado Individual.

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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.3.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Comprovantes originais das despesas com o Funeral;
- c) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- d) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do sinistrado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;

6.3.1.1. 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.

6.3.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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 Certificado do 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 – 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, qualquer que seja a causa.

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.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do segurado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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 Certificado do 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 – AUXÍLIO FAMÍLIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento de indenização em caso de falecimento do Segurado Titular, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, por qualquer que seja a causa, **aos filhos de até 12 (doze anos), matriculados em instituição de educação infantil e/ou maternal (creche), limitado a 2 (dois) filhos**, no valor do capital segurado contratado para esta garantia, a título de Auxílio Familiar.

1.2. Nesta cobertura o(s) beneficiário(s) será(ão) sempre o(s) filho(s) do Segurado Titular, sendo que o pagamento da indenização será realizado ao Representante Legal do menor.

1.3. Consideram-se filhos beneficiários, para fins desta cobertura, aqueles considerados dependentes do Segurado Titular, nos termos do Regulamento do Imposto de Renda, que tenham até 12 (doze) anos e estejam matriculados em instituição de educação infantil e/ou maternal (creche).

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.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na

data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte – Auxílio Família 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do segurado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;
- d) Cópia do Comprovante de Matrícula com a Instituição Educacional para cada um dos filhos menores de 12 anos, limitado a 2 (dois) filhos.

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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;
- h) Cópia do Comprovante de Matrícula com a Instituição Educacional para cada um dos filhos menores de 12 anos, limitado a 2 (dois) filhos.

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 Certificado do 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 – AUXÍLIO FUNERAL AGREGADOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento dos agregados do Segurado Titular, assim entendidos o pai, mãe, sogro ou sogra, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, por qualquer que seja a causa.

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) Confeção 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.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado Agregado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3.** O pagamento da cobertura de Morte – Auxílio Funeral Agregados 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:
 - 6.1.1.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
 - a)** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado Agregado;

- b) Certidão de casamento emitida após o óbito ou comprovantes de união estável;
- c) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado Agregado;
- b) Certidão de casamento emitida após o óbito ou comprovantes de união estável;
- c) RG e CPF do Segurado Agregado
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- j) 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 Certificado do Seguro individual vinculado ao Segurado permanecerá vigente até o término de vigência, com as demais coberturas contratadas.

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 – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Estipulante ou Sub-Estipulante o reembolso de um valor correspondente às despesas com rescisão contratual, em caso de falecimento do Segurado Titular, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, por qualquer que seja a causa.

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.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na

data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com as despesas com a rescisão contratual, mediante apresentação do Termo de Rescisão Contratual original, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte – Despesas com Rescisão Contratual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do segurado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;
- d) Comprovantes originais das despesas com Rescisão Contratual.

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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;
- h) Comprovantes originais das despesas com Rescisão Contratual.

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 Certificado do 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 INDENIZAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR MORTE

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, qualquer que seja a causa.

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.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Indenização Extraordinária por Morte 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do segurado no tratamento para a doença que causou o seu óbito.

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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 Certificado do 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 – FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao responsável legal pelo nascituro nascido com vida 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 e durante o período gestacional da Segurada ou do seu cônjuge, qualquer que seja a causa.

1.2. Quando o segurado titular não for a própria gestante, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a contar da data do óbito do segurado titular.

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será efetuada de acordo com o limite de capital segurado contratado, independentemente do número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária.

1.4. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas de Morte e/ou Morte Acidental.

1.5. DEFINIÇÕES:

1.5.1. Nascituro: é aquele que irá nascer, que foi gerado, porém não nasceu ainda. Serão considerados para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos, ou seja, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária, comprovado com a apresentação de um registro de nascimento e um registro de óbito.

1.5.2. Natimorto: é a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

1.5.3. Responsáveis Legais: mãe/pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

1.5.4. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

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. Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do Segurado titular;

2.1.4. Natimorto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito.

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 e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Morte – Filhos Póstumos 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- 6.1.1.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
- a) Cópia da Certidão de Óbito;
 - b) RG e CPF do Cônjuge, se for o caso;
 - c) Certidão de casamento emitida após o óbito ou comprovantes de união estável;
 - d) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico

inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;

- e) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do segurado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;
- f) Cópia de registro de nascimento do(s) filho(s).

6.1.1.1. 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.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) RG e CPF do Cônjuge, se for o caso;
- c) Certidão de casamento emitida após o óbito ou comprovantes de união estável;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- j) Cópia de registro de nascimento do(s) filho(s).

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após o pagamento da indenização o capital segurado será automaticamente reintegrado ao seguro.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização de Filhos Póstumos 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 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 Certificado do 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 e Certificado Individual, 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 29 – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 Certificado do 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 e Certificado Individual, 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 29 – 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 e Certificado Individual.

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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 Certificado do 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 – 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. 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. 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 e Certificado 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 Certificado do 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 EM HORÁRIO DE TRABALHO

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 em horário de trabalho.**

1.2. Considera-se horário de trabalho, como sendo o horário definido em contrato de trabalho para o segurado titular do seguro.

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.

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;

2.1.5. Este seguro não cobre eventos ocorridos fora do horário comercial estabelecido em contrato de trabalho, nem tampouco eventos decorrentes de atividades não exercidas para a empresa contratante, atividades executadas fora da função e atribuição contratual, em períodos de férias, feriados e em período de licença do Segurado individual.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente com o Segurado.

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 e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Morte Acidental em Horário de Trabalho 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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);
- 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 Certificado do 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 EM HORÁRIO DE TRABALHO – 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 falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto em horário de trabalho.**

1.2. **Considera-se horário de trabalho, como sendo o horário definido em contrato de trabalho para o segurado titular do seguro.**

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.

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. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente com o Segurado.

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 e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3. O pagamento da cobertura de Morte Acidental em Horário de Trabalho – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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);
- 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 Certificado do 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 e Certificado Individual, 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM HORÁRIO DE TRABALHO (IPAT)

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 coberto em horário de trabalho**, 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. **Considera-se horário de trabalho, como sendo o horário definido em contrato de trabalho para o segurado titular do seguro.**

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, 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.**

1.4. 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 DIVERSOS⁵	
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

⁵ 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 DIVERSOS⁶	
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

⁶ 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.

Amputação traumática do pênis	40
Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS⁷	
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

⁷ 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 DIVERSOS⁸	
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 (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

1.5. 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;

1.6. 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);

1.7. 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;

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

1.9. 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;

1.10. 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;

1.11. 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;

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

1.13. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada através

⁸ 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.

de declaração do médico assistente do segurado, resultados de exames realizados decorrente do acidente e poderá ser complementado através da Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez emitida pelo INSS;

1.14. 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;

1.15. **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;**

1.16. **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;**

1.17. **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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em horário de trabalho 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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);
- 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 DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DECORRENTES DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura mediante prestação de serviços ou reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do Segurado, para a sua preservação e por necessidades anatômicas, limitado ao capital segurado contratado, com o objetivo de promover melhor mobilidade e autonomia após a ocorrência de invalidez permanente por acidente caracterizada na vigência do Seguro.

1.2. A cobertura será devida em caso de acidente pessoal coberto, caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições e do Contrato.

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, 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.

1.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve reembolsar ou prestar serviço ao próprio Segurado até o limite de capital segurado contratado para esta cobertura.

1.5. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização parta esta cobertura de despesas extraordinárias por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

1.6. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de Declaração Médica.

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.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente com o 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 a perda, redução ou incapacidade funcional definitiva, total ou parcial calculada conforme regras acima, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Despesas Extraordinárias decorrentes de Invalidez 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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) 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 Segurado 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);
- i) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- j) Comprovantes originais das despesas relacionadas as adaptações realizadas pós-evento.
- k) 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.*

6.1.1. 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 OU PARCIAL POR ACIDENTE OU DOENÇA – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL (DRCI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Estipulante ou Sub-Estipulante o reembolso de um valor correspondente às despesas com rescisão contratual, em caso de Aposentadoria decorrente de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença do Segurado Titular, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

1.2. Esta cobertura é exclusiva para Contratos com forma de custeio do prêmio na modalidade Não Contributário.

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. 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.

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 e Certificado Individual.

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, em caso de Aposentadoria decorrente de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a data do acidente com o Segurado.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, em caso de Aposentadoria decorrente de Invalidez Permanente Total por Doença, a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com as despesas com a rescisão contratual, mediante apresentação do Termo de Rescisão Contratual original, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença - Despesas com Rescisão Contratual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado 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 Segurado 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 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.*

6.1.2. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- c) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (modelo Alfa).

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 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 Certificado do 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 FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado relativa a esta Cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do próprio Segurado Titular, em consequência de doença que cause a perda da existência independente, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

1.2. Para fins desta garantia a **Perda da Existência Independente do Segurado Sinistrado será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado**.

1.3. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

1.3.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

1.3.2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

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

1.3.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;

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

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

1.3.7. Deficiência visual, decorrente de doença:

a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

1.3.8. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

1.3.9. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

1.4. O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente do Segurado Sinistrado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

1.5. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, indicado a seguir, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

1.6. O IAIF é composto por duas Tabelas.

1.7. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

1.8. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

TABELAS DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	
1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE	10

AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	
3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO

1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA

1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS	00
2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO,	10

DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	
3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

2.1.2. Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

2.1.3. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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

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

parcial.

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 e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da declaração médica determinando o início da invalidez do Segurado em caráter definitivo.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);

- c) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (modelo Alfa).
- 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. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura.

8.2. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.3. As demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

8.4. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais 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 INVALIDEZ FUNCIONAL LABORAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFLPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado relativa a esta Cobertura, em caso de invalidez funcional laboral permanente e total do próprio Segurado Titular, em consequência de risco coberto, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

1.2. Para fins desta cobertura, entende-se que a indenização a que o Segurado fará jus, considerando como Risco Coberto, por meio da cobertura de Invalidez Funcional ou Laboral Permanente Total por Doença, somente será devida no caso em que o próprio Segurado seja considerado **INVÁLIDO DE FORMA DEFINITIVA E PERMANENTE POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA**, que cause:

1.2.1. A Perda da Existência Independente do Segurado Titular, que será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;

1.2.2. Impedimento do Segurado Titular de desenvolver definitivamente sua função principal, e que pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que a data do início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença caracterizada seja posterior à data de sua inclusão no seguro, e enquanto houver sua permanência contratual na empresa contratante, devidamente comprovada pelo vínculo empregatício com a empresa contratante (Estipulante e/ou Sub-estipulante).

1.3. Serão considerados como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, conforme descritos anteriormente na cobertura de “Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”, destas Condições Gerais.

1.4. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de

um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

2.1.2. Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

2.1.3. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

2.1.4. Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional.

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

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

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da declaração médica determinando o início da invalidez do Segurado em caráter definitivo.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença, esta

pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de a Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- c) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (modelo Alfa).
- d) Carta de Concessão de Aposentadoria do INSS;
- e) 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. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **Desde que efetivamente comprovada e paga a indenização de invalidez por Doença, o Segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito de nenhuma outra indenização futura ao mesmo Segurado, mesmo que este Segurado venha desempenhar outras funções na empresa ou em qualquer outra atividade nesta ou outra empresa, no País ou Exterior.**

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 DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, o pagamento do capital segurado, ao Segurado titular, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), desde que contratada, diagnosticada até o 6º mês de vida do recém-nascido, durante a vigência da apólice e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Para fins desta cobertura entende-se por **Doença Congênita** aquelas que nascem com o indivíduo e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

1.3. Para fins desta cobertura entende-se por **Invalidez por Doença Congênita de Filho** aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis, para o filho exercer futuramente qualquer tipo de atividade remunerada

1.4. O grupo segurado é composto pelos filhos recém-nascidos do Segurado que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto em que se constate a doença em mais de um filho, a indenização não será cumulativa que garanta sua subsistência.

1.5. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta cobertura, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência da apólice.

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 decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;

2.1.2. Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

2.1.3. Eventos decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

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 e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** Sendo reconhecida a Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de a Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b) Resultado e laudos de exames médicos realizados e que embasaram o diagnóstico da doença;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho.

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. Após o pagamento da indenização o capital segurado será automaticamente reintegrado ao seguro.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização de Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos 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 LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez laborativa permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença, contraída durante a vigência da apólice e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.

1.2.1. **Estão excluídas as doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas.**

1.3. Entende-se por **Atividade Laborativa Principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda**, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.

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

1.5. **A invalidez laborativa permanente total por doença deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada do médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. **casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional.**

2.2. **Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.**

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

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 e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** Sendo reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente por Doença, esta será paga de uma só vez ao próprio Segurado, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de a Invalidez Laborativa Permanente por Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:
 - a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
 - b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
 - c) Carta de Concessão de Aposentadoria do INSS;

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento de indenização por Invalidez Laboral Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura.

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 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de diagnóstico positivo e definitivo de qualquer um dos tipos de câncer definidos, devidamente especificadas abaixo, durante a vigência do seguro, observando-se o período de carência e excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais, além da legislação aplicável.

1.2. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. o diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

b) O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

c) A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

d) Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

I. Câncer Leve:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Câncer de mama, sendo os tipos de carcinoma ductal (origem nos ductos mamários e vários subtipos) e lobular (origem nos lóbulos que são responsáveis pela produção do leite materno);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado:

- T1-3 | NX | MX; • T1-3 | NO | MO; • Estágio I da doença.

III. Câncer Grave:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estadio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

1.3. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo ou transplante realizado de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando

excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave.

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. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

2.1.3. Todos os cânceres não invasivos (in situ), incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;

2.1.4. O carcinoma baso-celular;

2.1.5. Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS

2.1.6. O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);

2.1.7. Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,2 mm de espessura determinado por exame);

2.1.8. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;

2.1.9. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;

2.1.10. Leucemia linfática crônica; e

2.1.11. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico, exceto para a cobertura de transplante de órgão, que será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Sendo reconhecida a Doença Grave, esta será paga de uma só vez ao próprio Segurado, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Doenças Graves 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) Cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o Segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

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 DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, observando-se o período de carência e excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais, além da legislação aplicável.

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

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

1.4. As coberturas de diagnóstico de doenças graves ou procedimentos, podem ser comercializadas individual ou conjuntamente, e estarão devidamente caracterizadas e indicadas as respectivas coberturas nas condições contratuais do seguro.

1.5. As coberturas de Doenças Graves garantem o pagamento de uma indenização ao Segurado, em decorrência de diagnóstico de doenças graves ou procedimentos contratados, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência deste Contrato, desde que caracterizado após o período de carência e desde que a cobertura de diagnóstico ou procedimento tenha sido contratada.

1.6. Cláusulas específicas para cada doença ou procedimento:

1.6.1. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) OU ENCEFÁLICO – INFARTO CEREBRAL

1.6.1.1. Diagnóstico médico de diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia).

1.6.1.2. O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

1.6.1.3. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a seqüela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

1.6.1.4. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Ataque Isquêmico Transitório;**
- b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;**

- c) Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro;
- d) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;
- f) Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.
- g) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- h) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- i) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- j) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

1.6.2. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (EXCETO DE PELE E OS NÃO INVASIVOS)

1.6.2.1. Entende-se por neoplasia maligna ou câncer como uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo.

1.6.2.2. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo.

1.6.2.3. Será considerada como a data do evento, o dia do resultado do exame anatomopatológico.

1.6.2.4. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;
- b) Carcinoma baso-celular e hiperqueratoses;
- c) Carcinoma de células escamosas de pele, exceto quando se tratar de disseminação em outros órgãos e todas as outras neoplasias da pele;
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- e) Qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2 mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- f) Leucemia linfática crônica;
- g) Câncer de próstata que através de exame histológico, pertença a etapa T1 (incluindo T1A e T1B do sistema TNM) ou de qualquer outra classificação menor.
- h) Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- i) Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.

1.6.3. CLAUSULA DE CIRURGIA CORONARIANA TIPO “BYPASS”

1.6.3.1. Caracterizada pela realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.6.3.2. A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

1.6.3.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;**
- b) Cirurgias minimamente invasivas (Keyhole, robótica), utilizando-se cateteres cirúrgicos;**
- c) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.**

1.6.4. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.6.4.1. Caracteriza-se pela morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

1.6.4.2. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB).

1.6.4.3. Será considerada como a data do evento, o dia de realização dos exames acima mencionados.

1.6.4.4. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG;**
- b) toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito;**
- c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T". e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos da Cobertura de Infarto.**

1.6.5. CLAUSULA DE INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

1.6.5.1. Considera-se como a etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

1.6.5.2. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

1.6.5.3. Será considerada como a data do evento o dia do início da diálise.

1.6.6. CLAUSULA DE CIRURGIA PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1.6.6.1. Caracteriza-se como cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea.

1.6.6.2. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

1.6.6.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Implante de coração artificial;**
- b) Transplante de quaisquer órgãos não humanos;**
- c) Autotransplante de medula óssea;**
- d) Transplante de células tronco;**
- e) Transplante de ilhotas pancreáticas, transplante de células-beta do pâncreas;**
- f) Transplante, ainda, não reconhecido e autorizados pelas entidades e comunidade médica e órgãos governamentais;**
- g) Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.**

1.6.7. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

1.6.7.1. Trata-se de doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.6.7.2. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

1.6.7.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**
- b) Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- c) Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- d) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

1.6.8. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

1.6.8.1. Cobertura, se contratada, será indenizado o segurado em caso de ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.6.8.2. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

1.6.8.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- b) **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

1.6.9. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER

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

1.6.9.2. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

1.6.9.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) **Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.**

1.6.10. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.6.10.1. Caracterizada como doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas.

1.6.10.2. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

1.6.10.3. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

1.6.10.4. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

1.6.10.5. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura:

- a) **A doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.**

1.6.11. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE PARALISIA DE MEMBROS

1.6.11.1. Caracteriza-se paralisia de membros a perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

1.6.11.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- b) Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- c) A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

1.6.12. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.6.12.1. Surdez Total caracteriza-se pela perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

1.6.12.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);**
- b) Doenças otorrinolaringológicas ou**
- c) neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;**
- d) Surdez de origem central (sistema nervoso central).**

1.6.13. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

1.6.13.2. Cobertura em caso de diagnóstico de Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.6.13.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.**

1.6.14. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIA APLÁSTICA

1.6.14.1. Caracterizada pelo diagnóstico inequívoco de anemia aplástica confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia.

1.6.14.2. Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, além da

necessidade do tratamento com transfusão de sangue:

- a) Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- b) Imunossupressores;
- c) Transplante de medula óssea.

1.6.14.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura.**

1.6.15. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE Distrofia Muscular

1.6.15.1. Trata-se de grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos.

1.6.15.2. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

1.6.15.3. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.6.15.4. O diagnóstico de Distrofia Muscular deve ser comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.6.15.5. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **doença não confirmada por exame histológico e demais exames.**

1.6.16. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

1.6.16.1. A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motores superiores (NMS) e inferiores (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória.

1.6.16.2. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico médico e laboratorial.

1.6.16.3. O Diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.6.17. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

1.6.17.1. A Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana é uma doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões

avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

1.6.17.2. Esta doença é comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.6.18. CLAUSULA DE IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

1.6.18.1. O implante de marca passo definitivo é um procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

1.6.18.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Marcapasso cardíaco transitório;**
- b) Procedimentos de Implante de marcapasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;**
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.**

1.6.19. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE PANCREATITE CRÔNICA

1.6.19.1. Esta cobertura garante em caso de diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, devidamente comprovado com a ocorrência de todas as alterações funcionais do pâncreas indicadas abaixo, ocorridas por um período mínimo e contínuo de três meses:

- a) Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;**
- b) Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;**
- c) Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.**

1.6.19.2. O diagnóstico desta cobertura será devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

1.6.19.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Pancreatite crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro;**
- b) Pancreatite aguda**

1.6.20. CLAUSULA DE QUEIMADURAS GRAVES

1.6.20.1. Em caso de queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 50% (cinquenta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado, confirmado por um laudo médico de especialista ou socorrista do atendimento.

1.6.20.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta

ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **queimaduras decorrentes de autoagressão.**

1.6.21. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (D.P.O.C)

1.6.21.1. Cobre o diagnóstico inequívoco de doença pulmonar obstrutiva crônica comprovada por exame específico que demonstre o resultado da prova pulmonar com disfunção em grau moderado ou severo.

1.6.21.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com prova de função pulmonar com resultado normal ou disfunção leve.**

1.6.22. CLAUSULA DE CIRURGIA DE VALVA CARDÍACA

1.6.22.1. Caracteriza-se como cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais valvas cardíacas, prescrita por cirurgião cardíaco e respaldada por exames complementares.

1.6.22.2. Quando não for necessária a substituição da valva cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de valva cardíaca com origem anterior a contratação do seguro.

1.6.23. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES

1.6.23.1. Caracterizado pelo diagnóstico inequívoco de doença hepática crônica irreversível ou cirrose hepática avançada.

1.6.23.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Doença crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro.**

1.6.24. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1.6.24.1. O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizada por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

1.6.24.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Outras doenças autoimunes;**

b) Outros tipos de Lúpus.

1.6.25. CLAUSULA DE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

1.6.25.1. A síndrome de Guillain-Barré é uma desordem, provavelmente de caráter autoimune, inflamatória e desmielinizante dos nervos periféricos, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e ascendente, parestesias das pernas, braços, tronco, afetando músculos da face, da orofaringe, da deglutição, da respiração.

1.6.25.2. O diagnóstico de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.6.25.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 2 desta Condição Especial, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) doença diagnosticada e preexistente não declarada na contratação do seguro.

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

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

2. 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 profissionais;

2.1.3. Doenças ou Condições Médicas, preexistentes e suas consequências.

2.1.4. Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela Seguradora através de todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

e Certificado Individual.

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado, e devidamente comprovada com exames.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Sendo reconhecida a Doença Grave, esta será paga de uma só vez ao próprio Segurado, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Doença Grave 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado e com especialidade na respectiva doença ou procedimento, tal como Oncologista, Cardiologista, Nefrologista e outras especialidades relacionadas ao diagnóstico e/ou procedimento que seja acometido o segurado;
- b) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso);
- c) Laudo demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso;
- d) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada,

ressonância magnética e exame de fluido cerebrospinal);

e) Em caso de cirurgia laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão;

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o Segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

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 CESTA NATALIDADE – NECESSIDADES BÁSICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, o pagamento do capital segurado, ao Segurado titular, em caso de nascimento de Filho(s) do segurado titular, a título de cesta natalidade, para atender as primeiras necessidades básicas da mãe (Cônjuge ou Companheira) e do bebê, durante a vigência da apólice e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Será determinado em contrato o prazo máximo para comunicação do evento à Seguradora. Não havendo determinação do prazo em contrato, será considerado o período de 30 (trinta) dias do evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, OS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL.

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 e Certificado Individual.

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do nascimento do(s) filho(s).

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Sendo reconhecida o nascimento do filho(a), será pago o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado obedecendo o limite máximo estabelecido para esta

garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura Cesta Natalidade – Necessidades Básicas 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Certidão de nascimento do(s) filho(s);

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura prevê a reintegração automática do capital segurado após a indenização.

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 CESTA NATALIDADE – DESPESAS EXTRAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura garante, **desde que contratada**, o pagamento do capital segurado, ao Segurado titular, em caso de nascimento de Filho(s) do segurado titular, a título de reembolso com despesas extras, oriundas do nascimento do bebê, durante a vigência da apólice e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. **Entende-se despesas extras os gastos vinculados ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado Titular, nos 4(quatro) primeiros dias a contar da data da internação até a data da respectiva alta do cônjuge e/ou companheira e filho(s), com: fraldas, vacinas, registros, despesas com documentos, alimentação do Acompanhante e/ou do Segurado Titular, recibos de estacionamento, locomoção, devidamente comprovados por Notas Fiscais; além de medicamentos e suplementos alimentares, estes contemplados se estiverem prescritos em receita médica.**

1.3. Será determinado em contrato o prazo máximo para comunicação do evento à Seguradora. Não havendo determinação do prazo em contrato, será considerado o período de 30 (trinta) dias do evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, OS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL.

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 e Certificado Individual.

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital

segurado, a data do nascimento do(s) filho(s).

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento será através de reembolso dos valores gastos, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, até o valor total do limite estabelecido para esta garantia, multiplicado pelo número de filho(s), nascidos vivos no mesmo parto, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura Cesta Natalidade – Despesas Extras 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Certidão de nascimento do(s) filho(s);
- b) Notas fiscais originais dos gastos relacionados com: fraldas, vacinas, registros, despesas com documentos, alimentação do Acompanhante, recibos de estacionamento, locomoção, devidamente comprovados por Notas Fiscais; além de medicamentos e suplementos alimentares, estes contemplados se estiverem prescritos em receita médica.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura prevê a reintegração automática do capital segurado após a indenização.

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 NASCIMENTO PREMATURO DO(S) FILHO(S)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento do capital segurado, ao Segurado titular, em caso de nascimento de filho(s) prematuro(s) do segurado titular, durante a vigência da apólice e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Entende-se por prematuros, o recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

1.3. Entende-se por natimorto, a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

1.4. Não é considerado natimorto o feto que falece logo após o nascimento com vida.

1.5. Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s), desde que respeitadas as condições contratuais.

1.6. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

1.7. Caso os pais (sendo ambos segurados) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular;

2.1.2. Recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

3.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

3.5. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do nascimento do(s) filho(s).

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento será através de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura Nascimento Prematuro 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar);
- b) Certidão de nascimento do(s) filho(s).

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura prevê a reintegração automática do capital segurado após a indenização.

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 DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante 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 e Certificado Individual.

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 e Certificado Individual, 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 29 – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ (DDAI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Estipulante ou Sub-Estipulante o reembolso de um valor correspondente às despesas trabalhistas, em caso de incapacidade temporária por acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado Titular, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período superior a franquia e limitada à quantidade de diárias contratadas, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

1.2. Esta cobertura é exclusiva para Contratos com forma de custeio do prêmio na modalidade Não Contributário.

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;**
- c. incapacidade ou invalidez prescrita por médico assistente parente e/ou que não tenha CRM.**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura prevê franquia de 15 (quinze) dias.
- 3.2.** Esta cobertura poderá prever carência em caso de afastamento por doença, que constará no Contrato de Seguros, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** O limite de valor e de quantidade de diárias contratados serão estabelecidos no Contrato de Seguro, Apólice de Seguro e Certificado Individual.
- 4.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, em caso despesas com diárias de afastamento por invalidez por Acidente, a data do acidente com o Segurado.
- 4.4.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, em caso despesas com diárias de afastamento por invalidez por Doença, a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com as despesas trabalhistas por afastamento de trabalho, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado 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 Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho e prorrogação, se houver;
- 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) Comprovantes das despesas.

6.1.2. Em caso de ocorrência por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- c) Comprovantes das despesas.

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 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 DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (DAIA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso de despesas com adaptação em caso de invalidez, efetuadas pelo Segurado para sua condução, deslocamento e habitação, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o Segurado, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

1.2. A invalidez permanente por acidente deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu o estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a invalidez Permanente por acidente.

1.4. Cabe ao Segurado a livre escolha na compra dos materiais e/ou dos prestadores de serviços, desde que legalmente habilitados.

1.5. 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.

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;**
- c. incapacidade ou invalidez prescrita por médico assistente parente e/ou que não tenha CRM.**

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.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente com o Segurado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com as despesas por invalidez do segurado principal, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Despesas com Adaptação em caso de Invalidez 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Notas Fiscais originais das despesas;
- 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) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Relatório médico com recomendações para adaptações para melhor qualidade de vida e cuidados especiais na residência, automóvel e demais providências que sejam mais adequadas a nova condição do Segurado decorrente do evento coberto e suas consequências.
- 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. 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 DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

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 doença ou 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 evento, 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.
- 3.3.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e

Certificado Individual.

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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado 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 Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho e prorrogação, se houver;
- 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.*

6.1.2. Em caso de ocorrência por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- c) 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 POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AFASTAMENTO POR ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias contratadas, a título de auxílio alimentação, 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, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto em horário de trabalho.**

1.2. **Considera-se horário de trabalho, como sendo o horário definido em contrato de trabalho para o Segurado titular do seguro.**

1.3. 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.

1.4. O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas na Apólice de Seguro.

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

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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias contratadas, a título de auxílio alimentação, 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, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

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. 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.

1.6. 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual do Segurado.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. 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(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 OU DOENÇA

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, de acidente pessoal coberto ou doença, 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 e Certificado Individual de Seguro.

1.4. Pelo mesmo evento, 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 ou a mesma doença, 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.

3.3. A Carência para Diárias de Internação Hospitalar em caso de Doença será estabelecida na Apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 e Certificado de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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.*

6.1.2. Em caso de ocorrência por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do evento;
- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as causas e 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) 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

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

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 e Certificado 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 e Certificado de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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 OU DOENÇA EM 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, de acidente pessoal coberto ou doença, 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 e Certificado Individual de Seguro.

1.4. Pelo mesmo evento, 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 ou a mesma doença, 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.

3.3. A Carência para Diárias de Internação Hospitalar em caso de Doença será estabelecida na Apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 e Certificado de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou

Doença 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- 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.*

6.1.2. Em caso de ocorrência por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do evento;
- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as causas e 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;
- h) 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

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 e Certificado 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 e Certificado Individual, 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 e Certificado Individual 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 e Certificado de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a *Cláusula 29 – 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS - DECORRENTE DE ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso das despesas de com medicamentos, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, 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, ocorrido no período de horário de trabalho.**

1.2. 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 em moeda corrente do Brasil.

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. Medicamentos de uso contínuo;

2.1.3. Medicamentos não aprovados por Órgãos Oficiais de Saúde do País e no Brasil, de acordo com o território que efetuou a despesa de medicamento.

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.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito através de reembolso dos valores gastos com

medicamentos, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Auxílio Medicamentos – Decorrente de Acidente ocorrido em horário de trabalho 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT);
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Comprovantes originais das despesas com medicamentos acompanhados da receita médica.

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. 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 AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AEPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento de um valor em caso de lesão física causada, **exclusivamente, por acidente pessoal específico**, conforme riscos definidos para esta cobertura, que resulte em afastamento do Segurado, **caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação**, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

1.2. Riscos cobertos:

1.2.1. Ataques de Bichos peçonhentos;

1.2.2. Choques elétricos;

1.2.3. Prensamento de Membros, **desde que as pessoas designadas para a função sejam comprovadamente habilitadas**, quando exigida à habilitação pelos respectivos fabricantes e/ou por disposição legal, para operar / conduzir aqueles bens e/ou para prestar os serviços de conservação e/ou manutenção dos mesmos.

1.2.4. Projeção de materiais sobre partes do corpo;

1.2.5. Lesões pela utilização de ferramentas portáteis;

1.2.6. Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível.

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. A falha profissional na execução/prestação de serviço por pessoa que não estiver regularmente habilitada, de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão ou de acordo com a exigência feita pelos fabricantes, ou não tiver cumprido as exigências relativas à obtenção da especialidade segurada, ou perder um dessas condições de regularidade no curso da vigência.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. O período de franquia será de 7 (sete) 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 8º (oitavo) 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

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

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 e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual 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 e Certificado de Seguros.

5.3. O pagamento da cobertura de Auxílio Especial 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado 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 Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- j) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;

k) 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. 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 AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AAE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento de um valor adicional devido, **exclusivamente, por acidente pessoal excepcional**, conforme riscos definidos para esta cobertura, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

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. Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

2.1.3. Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

2.1.4. Prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;

2.1.5. Hospitalização para a realização de exames de rotina;

2.1.6. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

2.1.7. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

2.1.8. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

2.1.9. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento ocorrido na vigência individual;

2.1.10. Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;

2.1.11. Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência individual;

2.1.12. Exames físicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

2.1.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não

reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.14. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;

2.1.15. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;

2.1.16. Doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho); e

2.1.17. Eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s).

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura poderá prever período de franquias.

3.2. Quando forem aplicáveis, a franquias estará fixada no Contrato, na Apólice e Certificado Individual

3.3. 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

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

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 e regras de franquias e carência, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquias, se aplicável, determinado nas Condições Contratuais, Apólice e Certificado de Seguros.

5.3. O pagamento da cobertura de Auxílio Em Caso de Acidente Excepcional 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado 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 Segurado 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 segurado por ocasião do acidente e atuais;
- 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. 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 PERDA DE RENDA PARCIAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento do capital **segurado, em caso de Perda de Renda Parcial, caracterizado por redução salarial decorrente da redução da jornada de trabalho, contemplado por programas governamentais de proteção ao emprego, ocorridos e aplicados durante a vigência do seguro.**

1.2. Esta cobertura destina-se apenas para Profissionais Registrados através da CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas.

1.3. Somente terão direito à indenização os funcionários que comprovem ter tido vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) com a mesma empresa empregadora, num período mínimo de 06 (seis) meses, sem interrupção e que tenham remuneração mensal total de até 03 (três) salários-mínimos, calculados à época da contratação do Seguro.

1.4. O benefício concedido por esta garantia somente terá validade enquanto durar a redução salarial decorrente da redução da jornada de trabalho do Segurado Titular, podendo a Seguradora exigir, a qualquer tempo, documentos que comprovem a manutenção deste. Se o Segurado dificultar a verificação do sinistro, o pagamento da garantia será suspenso e, se o desconto salarial tiver terminado, o pagamento das parcelas correspondentes a esta garantia será interrompido.

1.5. O aviso da redução salarial decorrente de redução de jornada de trabalho o afastamento à ALFA Previdência e Vida S/A deverá ser realizado pelo Estipulante, Subestipulante e Segurado ou seu representante legal, apresentando carta do empregador justificando a redução de jornada de trabalho do segurado, considerando regulamentação de órgão regulador e em qual programa governamental de proteção ao emprego se enquadra o processo específico de sinistro.

1.6. Retornando a jornada de horários, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de redução salarial por redução de jornada em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último programa.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. Os contratos de trabalho celebrados para estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado, aposentados, pensionistas ou profissionais liberais/autônomos;

2.1.2. Reduções salariais fora de programas governamentais de proteção ao emprego, motivadas por vontade exclusiva de seu empregador ou por qualquer outra ocorrência;

2.1.3. Salário superior a 03 (três) salários-mínimos em jornada completa e não reduzida, na data do início do programa governamental adotado pelo Empregador.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura poderá prever período de franquia e carência.
- 3.2.** Quando forem aplicáveis, a franquia e a carência estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual
- 3.3.** 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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da alteração contratual entre Segurado e Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

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 e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.
- 5.2.** O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, se aplicável, determinado nas Condições Contratuais, Apólice e Certificado de Seguros.
- 5.3.** O pagamento da cobertura de Perda de Renda Parcial 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia do holerite do mês anterior a inclusão no programa;
- b) Carta de declaração e autorização de inclusão no programa governamental pelo Segurador Colaborador.

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. 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 PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado, **caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, de exercer todas as suas atividades profissionais por um período superior a franquia estabelecida no Contrato, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições contratuais.**

1.2. A incapacidade de exercer suas atividades profissionais é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo empregatício com o Estipulante ou Sub-Estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

2.1.1. Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

2.1.2. Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

2.1.3. Prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;

2.1.4. Hospitalização para a realização de exames de rotina;

2.1.5. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

2.1.6. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

2.1.7. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

2.1.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando

necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento ocorrido na vigência individual;

2.1.9. Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;

2.1.10. Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência individual;

2.1.11. Exames físicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

2.1.12. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.13. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;

2.1.14. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;

2.1.15. Doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho); e

2.1.16. Eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s);

2.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura poderá prever período de franquias e carências.

3.2. A franquias poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto.

3.3. A carências poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro.

3.4. A carências será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

3.5. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carências.

3.6. Não há prazo de carências para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.7. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.

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 e Certificado Individual, vigente na data do evento.

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

Segurado, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

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 e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, se aplicável, determinado nas Condições Contratuais, Apólice e Certificado de Seguros.

5.3. O pagamento da cobertura de Perda de Renda Parcial 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Acidente, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Se autônomo: cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado;
- b) Laudo do 1º atendimento médico com a descrição detalhada das lesões apresentadas e procedimentos realizados;
- 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.*

6.1.2. Em caso de ocorrência por Doença, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (se CLT);
- b) Se autônomo: cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado;
- c) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- j) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- k) 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

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
- b) Morte – Auxílio Funeral
- c) Morte – Assistência Funeral
- d) Morte Acidental
- e) Morte Acidental – Auxílio Funeral
- f) Morte Acidental – Assistência Funeral
- g) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- h) Invalidez Permanente Total por Acidente
- i) 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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

- b) Morte – Auxílio Funeral
- c) Morte – Assistência Funeral
- d) Morte Acidental
- e) Morte Acidental – Auxílio Funeral
- f) 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 26 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27 – 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. OBJETIVO

1.1. A presente cláusula tem por objetivo estabelecer facultativamente as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, quanto este último participar parcialmente ou integral dos prêmios pagos, dos resultados técnicos da apólice.

1.2. Entende-se por Excedente Técnico o eventual saldo positivo, apurado pela diferença entre as receitas e as despesas durante o período de vigência da Apólice.

1.3. Quando for aplicável, a presente cláusula estará fixada nas Condições Contratuais.

1.4. A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mínima mensal de 500 (quinhentos) Segurados Principais.

2. DATA DA APURAÇÃO

2.1. A distribuição de excedente técnico a que se refere estas Condições Especiais será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar do pagamento da última parcela do prêmio, vedado qualquer adiantamento a título de lucros, resultado ou excedente técnico.

2.2. A ALFA Previdência e Vida S/A não efetuará o pagamento de distribuição de excedente técnico, se houver resultado, em caso da apólice seja transferida ou encampada por outra Seguradora.

3. DA DISTRIBUIÇÃO

3.1. A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento.

3.2. Constará nas Condições Contratuais e Apólice de Seguro o percentual de distribuição acordado.

3.3. Serão deduzidos do Excedente Técnico no ato de seu pagamento todos os impostos ou taxas que por lei a ALFA Previdência e Vida S/A for obrigada a recolher.

3.4. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde:

- a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) o aviso à ALFA Previdência e Vida S/A para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração;
- e) outras datas estabelecidas nas Condições Especiais da apólice.

4. RECEITAS

4.1. Consideram-se como receitas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a)** Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice efetivamente pagos;
- b)** Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** Recuperação de sinistros pagos pelo Ressegurador
- d)** Estorno de provisão do IBNR contabilizado no exercício anterior.

5. DESPESAS

5.1. Consideram-se como despesas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a)** as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b)** as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- c)** as comissões de pró-labore pagas durante o período;
- d)** os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- e)** o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f)** valor destinado à constituição da Provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados (IBNR- Incurred But Not Reported) conforme percentual acordado na apólice para o período;
- g)** despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h)** eventuais pagamentos de serviços terceirizados nas apurações de sinistros ou serviços prestados aos Segurados quando contratados pela ALFA Previdência e Vida S/A;
- i)** o valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
- j)** prêmios pagos ao ressegurador no período;
- k)** os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- l)** as despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
- m)** outras despesas extraordinárias, previstas em contrato e acordadas previamente entre as partes.

6. SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS

6.1. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser respectivamente proporcional ou integralmente destinado ao Segurado,

podendo ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na apólice.

6.2. Será incluído no Certificado Individual a informação da forma que o Segurado terá direito ao excedente técnico da apólice;

6.3. A importância destinada aos Segurados será entregue ao Estipulante, com os respectivos demonstrativos das apurações, contra recibo e mediante pagamento em conta corrente do Estipulante ou cheque nominativo de emissão da ALFA Previdência e Vida S/A ou ordem de pagamento no domicílio ou praça do mesmo.

6.4. O Estipulante assumirá a responsabilidade em efetuar o repasse do resultado aos Segurados, proporcionalmente ao custeio do seguro, estabelecido nas condições contratuais.

7. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

7.1. Para cumprimento dos itens tratados nesta Cláusula, fica condicionado que:

7.1.1. O grupo segurado tenha média mínima mensal de 500 (quinhentos) segurados titulares no período de apuração da apólice;

7.1.2. Seja cumprido o período de vigência e de pagamento integral da apólice;

7.1.3. A apólice seja renovada na ALFA Previdência e Vida S/A.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. 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.

8.2. 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.