

**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO**

**ALFA CAPITAL GLOBAL**

**VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

**Processo SUSEP 15414.002937/2006-29**

**Sumário**

<b>OUVIDORIA.....</b>	<b>4</b>
<b>DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS .....</b>	<b>6</b>
<b>CONDIÇÕES GERAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>1. PRELIMINARES.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>3. GARANTIAS DO SEGURO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 ESTRUTURA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 GARANTIA BÁSICA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 GARANTIAS ADICIONAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 CLAUSULAS SUPLEMENTARES .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5 CLAUSULAS ESPECIAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>4. PRAZO DE VIGÊNCIA .....</b>	<b>46</b>
<b>5. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....</b>	<b>46</b>
<b>6. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....</b>	<b>47</b>
<b>7. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO .....</b>	<b>47</b>
<b>8. CAPITAL SEGURADO .....</b>	<b>47</b>
<b>9. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....</b>	<b>48</b>
<b>10. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO .....</b>	<b>48</b>
<b>11. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>12. CARÊNCIA.....</b>	<b>48</b>
<b>13. RENOVAÇÃO DO SEGURO .....</b>	<b>49</b>
<b>14. RISCOS EXCLUÍDOS.....</b>	<b>49</b>
<b>15. REGIME FINANCEIRO .....</b>	<b>50</b>
<b>16. PROVA DO SEGURO.....</b>	<b>50</b>
<b>17. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA .....</b>	<b>50</b>
<b>18. CANCELAMENTO .....</b>	<b>50</b>
<b>19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....</b>	<b>50</b>
<b>20. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE .....</b>	<b>51</b>
<b>21. OUTROS SEGUROS .....</b>	<b>51</b>
<b>22. CUSTEIO DO SEGURO .....</b>	<b>51</b>
<b>23. PAGAMENTO DO PRÊMIO .....</b>	<b>51</b>
<b>24. BENEFICIÁRIOS .....</b>	<b>53</b>
<b>25. INDENIZAÇÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO .....</b>	<b>56</b>
<b>26.1 AVISO DE SINISTRO .....</b>	<b>56</b>

26.2	DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS .....	56
26.3	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES .....	75
27.	AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	75
28.	ALTERAÇÃO DE CONTRATO .....	75
29.	PRESCRIÇÃO.....	75
30.	FORO.....	76
	CLÁUSULAS SUPLEMENTARES .....	77
	CLÁUSULAS ESPECIAIS .....	81

## **OUVIDORIA**

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

### **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 ao Cliente) 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 Seguradora**

**Alameda Santos, nº 466 – 7º andar**

**CEP: 01418-000**

**São Paulo – SP**

E-mail: [ouvidoria@alfaseg.com.br](mailto:ouvidoria@alfaseg.com.br)

Telefone: 0800-774-2352

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 pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

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

**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:

[www.alfaseguradora.com.br](http://www.alfaseguradora.com.br)

**DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS**

▲ **Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do **Segurado** ou torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

- O suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

**Para fins deste seguro, NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal as:**

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

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

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

▲ **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora que comprova a relação contratual com o Estipulante e formaliza a aceitação do risco.

▲ **Atividade Laborativa Principal:** É aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do determinado exercício anual.

▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do Segurado ou seu(s) beneficiário(s) à Seguradora sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

- ▲ **Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro..
- ▲ **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.
- ▲ **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- ▲ **Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- ▲ **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.
- ▲ **Condições contratuais:** É o 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 Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano estabelecendo, obrigações e direitos, dos **Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante, do Sub-Estipulante e da Seguradora.**
- ▲ **Condições Especiais:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- ▲ **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- ▲ **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- ▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante** e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante e/ou Sub-estipulante**, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- ▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os **Estipulantes, Sub-Estipulantes** e/ou **Segurados** junto à **Seguradora**, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.
- ▲ **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- ▲ **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- ▲ **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- ▲ **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

▲ **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

▲ **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

▲ **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

▲ **Estipulante ou Sub-Estipulante:** É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os **Segurados** perante a **Seguradora**, sendo expressamente vedada a atuação como **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

▲ **Etiologia:** Causa de cada doença.

▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).

▲ **Excedente Técnico:** É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o Segurado titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.

▲ **Franquia:** Período durante o qual o **Segurado** é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.

▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a Seguradora assume perante o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, quando da ocorrência de um evento coberto.

▲ **Grupo Segurado:** É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

▲ **Grupo Segurável:** É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao **Estipulante e/ou Sub-Estipulante** que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ **Hígido:** Saudável.

▲ **Início de vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

▲ **Indenização:** É o valor que a **Seguradora** paga ao **Segurado** ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.

▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. 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.



- ▲ **Migração de Apólices:** A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- ▲ **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao **Segurado** ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- ▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.
- ▲ **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- ▲ **Período de Cobertura:** É o período durante o qual o **Segurado** ou seus beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.
- ▲ **Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados..
- ▲ **Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- ▲ **Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- ▲ **Prêmio Puro:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- ▲ **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- ▲ **Proponente:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva..
- ▲ **Proposta de adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Proposta de contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- ▲ **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- ▲ **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- ▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.

▲ **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

▲ **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

▲ **Seguradora:** É a Alfa Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas **Seguradora**, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A **Seguradora**, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

▲ **Segurados:** Termo genérico que se aplica tanto ao **Segurado Titular** como ao **Segurado Dependente**.

▲ **Segurados Titulares:** São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** e que, por adesão, são incluídas neste seguro.

▲ **Segurados Dependentes:** O cônjuge/companheiro(a), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do **Segurado Titular**, cujos direitos e deveres estão descritos nas Cláusulas Suplementares e desde que estas tenham sido contratadas e ratificadas no Contrato de Seguro.

▲ **Seguro de pessoas com capital global:** É a modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

▲ **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

▲ **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

▲ **Sinistro:** A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

▲ **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. PRELIMINARES

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo *Estipulante e/ou Sub-Estipulante*, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo Contrato de Seguro.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O *Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado* poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura atenta deste manual, 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](mailto:ouvidoria@alfaseg.com.br). Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140

### 2. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao **Segurado** ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Contrato e Cláusulas Suplementares mencionadas neste manual, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

### 3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo *Estipulante e/ou Sub-Estipulante* na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos **Segurados**.

**Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.**

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item 14 desta Condição Geral.

#### 3.1 ESTRUTURA

Este seguro oferece as seguintes garantias:

Garantias Básicas:

- ▲ Morte
- ▲ Morte – Auxílio Funeral
- ▲ Morte – Assistência Funeral
- ▲ Morte – Cesta Básica – Auxílio Alimentação

- ▲ Morte Acidental (MA)
- ▲ Morte Acidental no horário de Trabalho (MAT)
- ▲ Morte Acidental – Auxílio Funeral
- ▲ Morte Acidental no horário de Trabalho – Auxílio Funeral
- ▲ Morte Acidental – Cesta Básica - Auxílio Alimentação
- ▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual (DRC)
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença – Despesas com Rescisão Contratual (DRCI)
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente no horário de Trabalho (IPAT)
- ▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Garantias Adicionais:

- ▲ Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- ▲ Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar (DIH)
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar - UTI (DIH – UTI)
- ▲ Diárias de Incapacidade Temporária – Cesta Básica – Afastamento por Acidente ocorrido no Período de Trabalho
- ▲ Diárias de Incapacidade Temporária – Cesta Básica – Afastamento por Acidente
- ▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos
- ▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença
- ▲ Auxílio Medicamentos - Decorrente de Acidente ocorrido em horário de trabalho (AM)
- ▲ Cesta Casamento
- ▲ Cesta Natalidade – Necessidades Básicas
- ▲ Cesta Natalidade – Despesas Extras
- ▲ Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença (IFLPD)
- ▲ Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez (DDAI)
- ▲ Despesas com Adaptação em Caso de Invalidez por Acidente (DAIA)
- ▲ Auxílio Família – Morte
- ▲ Auxílio Especial por Acidente (AEPA)
- ▲ Perda de Renda Parcial (PRP)
- ▲ Perda de Renda por Acidente ou Doença (PRAD)
- ▲ Auxílio Funeral Agregados
- ▲ Auxílio em caso de Acidente Excepcional (AAE)

### 3.2 GARANTIA BÁSICA

#### ▲ MORTE (M)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Esta cobertura não prevê franquia.

Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.

#### Seguro de Menores

A Garantia de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as

despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

#### **▲ MORTE – AUXÍLIO FUNERAL**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do **Segurado** Titular ou Dependentes, observadas as regras do item anterior “seguro de menores”.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento do Auxílio Funeral será definido no Contrato de Seguro e poderá ser feito em forma de indenização no valor do capital segurado contratado para esta garantia, ou através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

#### **▲ MORTE – ASSISTÊNCIA FUNERAL**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente ao reembolso com as despesas com o funeral, ou a prestação dos serviços em caso de falecimento do **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

#### **Forma de Pagamento**

Os beneficiários poderão escolher livremente entre o reembolso das despesas ou a utilização da prestação de serviços de assistência funeral em caso de falecimento do **Segurado Titular ou Dependentes**, de acordo com o padrão e o plano contratados, determinados no Contrato de Seguro.

A prestação de serviços de Assistência Funeral não caracteriza, pela **Seguradora**, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

#### **Padrões de Atendimento da Assistência:**

#### **▲ PADRÃO STANDARD**

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na urna Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento dentro do limite de assistência contratada.
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério / capela municipal;
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 01 (uma) coroa, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).

#### ▲ PADRÃO ESPECIAL

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na urna Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.

- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 01 (uma) coroa, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

#### ▲ **PADRÃO LUXO**

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças

e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).

- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas, em nome da família.
  
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

#### ▲ **PADRÃO LUXO II**

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na urna Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).



- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas de flores média, 1 (uma) coroa de flores grande e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

## ▲ PADRÃO PREMIUM

### Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças

e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).

- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
  - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
  - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas e 2 (dois) arranjos de flores, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.
- **Transporte Familiar**: em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida uma passagem aérea de ida e volta.

### **Riscos Excluídos**

**Além dos demais riscos constantes no item 14 deste documento excluem-se da cobertura de Morte – Assistência Funeral, para todos os tipos de padrão:**

- a) Roupas em geral;
- b) Anúncio em rádio ou jornal;
- c) Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) Xerox da documentação;
- e) Café, bebidas, refeições em geral;
- f) Compra de jazigo;
- g) Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) Lápides e/ou gravações;
- i) Cruzes;
- j) Reforma em geral no jazigo;
- k) Exumação de corpo em jazigo da família;
- l) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nestas Condições Gerais;
- n) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família, mesmo que cobertas pela presente assistência;

o) Necromaqueamento (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.

**▲ MORTE – CESTA BÁSICA – AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro a título de Auxílio Alimentação – Cesta Básica, em caso de falecimento do Segurado Titular.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

**Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia ou através da contratação de empresa que providenciará a entrega de Cestas Básicas mensalmente, observado o valor do capital segurado, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

**▲ MORTE ACIDENTAL (MA)**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

**Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental, além dos demais riscos constantes no item 14 desta Condição Geral, os sinistros decorrentes de:**

**a) 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;**

**Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

**Seguro de Menores**

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

**▲ MORTE ACIDENTAL NO HORÁRIO DE TRABALHO (MAT)**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado Titular**, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do horário de trabalho, definido como período de cobertura para esta garantia.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

**Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental no horário de Trabalho, além dos demais riscos constantes no item 14 desta Condição Geral, os sinistros decorrentes de:**

a) 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;

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

#### **▲ MORTE ACIDENTAL – AUXÍLIO FUNERAL**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do **Segurado** Titular ou Dependentes **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto**.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

#### **Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental, além dos demais riscos constantes no item 14 desta Condição Geral, os sinistros decorrentes de:**

a) 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

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento do Auxílio Funeral será feito em forma de reembolso de despesas com funeral até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

#### **▲ MORTE ACIDENTAL NO HORÁRIO DE TRABALHO– AUXÍLIO FUNERAL**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do **Segurado** Titular **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do horário de trabalho**, definido como período de cobertura para esta garantia.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

#### **Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental no horário de Trabalho – Auxílio Funeral, além dos demais riscos constantes no item 14 desta Condição Geral, os sinistros decorrentes de:**

a) 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

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento do Auxílio Funeral será feito em forma de reembolso de despesas com funeral até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

**▲ MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro a título de Auxílio Alimentação – Cesta Básica, em caso de falecimento do **Segurado Titular decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto**.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.

**Riscos Excluídos**

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental, além dos demais riscos constantes no item 14 desta Condição Geral, os sinistros decorrentes de:

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

**Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia ou através da contratação de empresa que providenciará a entrega de Cestas Básicas mensalmente, observado o valor do capital segurado, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

**▲ MORTE – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL (DRC)**

Garante ao **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** o reembolso de um valor correspondente às despesas com rescisão contratual, em caso de falecimento do **Segurado** Titular.

Esta cobertura não prevê franquia.

Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.

**Forma de Pagamento**

O pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com as despesas com rescisão contratual, mediante apresentação do Termo de Rescisão Contratual original.

O pagamento das Despesas com Rescisão Contratual não caracteriza, pela **Seguradora**, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

**▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE OU DOENÇA – DESPESAS COM RESCISÃO CONTRATUAL (DRCI)**

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, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquia.

Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.

Esta garantia somente será comercializada para seguros com a forma de custeio Não Contributário.

**Forma de Pagamento**

O pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com as despesas com rescisão contratual, mediante apresentação do Termo de Rescisão Contratual original.

O pagamento das Despesas com Rescisão Contratual não caracteriza, pela **Seguradora**, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

**▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)**

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização 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**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

**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.**

**Não restando 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.**

**A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o conseqüente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do segurado, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.**

**TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM 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:

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

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>Discriminação</b>	<b>% sobre o Capital Segurado</b>
	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
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	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.	

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
	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:	
• de 5 centímetros ou mais	15	
• de 4 centímetros	10	
• de 3 centímetros	6	
• menos de 3 centímetros	0	

**PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA**

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

<b>E R</b>	<b>MANDÍBULA</b>
------------	------------------

<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
<b>NARIZ</b>	
Amputação total de nariz com perda de olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
Diplopia	15
<b>Lesões das vias Lacrimais</b>	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
<b>Lesões da pálpebra</b>	
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

<b>PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>		
<b>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.</b>		
<b>DIVERSAS</b>	<b>APARELHO DE FONAÇÃO</b>	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total de duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	<b>Perda de um rim, com rim remanescente</b>	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30	



Perda do útero depois da menopausa	10
<b>PESCOÇO</b>	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
<b>TÓRAX</b>	
<b>APARELHO RESPIRATORIO</b>	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)</b>	
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
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40

**PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA**

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

<b>DIVERSAS</b>	<b>INTESTINO GROSSO</b>	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	<b>RETO E ÂNUS</b>	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	<b>FIGADO</b>	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	<b>SINDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

a) 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;

b) 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);

- c) Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;**
- h) A Invalidez Permanente 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;
- i) 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.**
- j) 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.**
- k) 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.**

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

#### **Reintegração de Garantia**

Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem a cobrança de prêmio adicional.

#### **▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE NO HORÁRIO DE TRABALHO (IPAT)**

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização 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 Titular**, quando este ocorrer, **exclusivamente**, dentro do horário de trabalho, definido como período de cobertura para esta garantia, atestada por profissional legalmente habilitado.

**Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente no Trabalho, 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.**

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente no Trabalho, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente no Trabalho e o consequente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do segurado, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

#### **TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE NO HORÁRIO DE TRABALHO**

A tabela de indenização e também demais subitens que são correlacionados a ela, serão os mesmos da Cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA), descritos nesta Condição geral.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

#### **Reintegração de Garantia**

**Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem a cobrança de prêmio adicional.**

#### **▲ INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

Garante ao **Segurado Titular** o pagamento do Capital Segurado contratado relativa a esta Cobertura, a título de antecipação da cobertura de Morte, 100% (cem por cento) do capital segurado, 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.**

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

#### **Forma de Pagamento**

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente por Doença pela Seguradora, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia, ao próprio Segurado.

**Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, 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.**

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

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

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:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) 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;**
- c) 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;**
- d) 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;**
- e) 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;**
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:**
  - **Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
  - **Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
  - **Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou**
  - **Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.**
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
  - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou**
  - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou**
  - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos 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.

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.

O IAIF é composto por duas Tabelas.

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.

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.

**TABELA 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 AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAS 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	20

	COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
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, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA	08

#### Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) 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;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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.

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.

### **3.3 GARANTIAS ADICIONAIS**

#### **▲ DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**

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.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

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

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.

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.

#### **Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as despesas decorrentes de:**

- a) estado de convalescença (após a alta médica);**
- b) despesas de acompanhantes;**
- c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

#### **Reintegração de Garantia**

**A Seguradora procederá a reintegração automática da garantia de Despesas Médico-Hospitalares após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.**

O capital segurado contratado para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não poderá ser superior ao maior capital estabelecido para uma das garantias básicas.

#### **▲ DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)**

Garante o pagamento de um valor determinado no Contrato do seguro em caso de incapacidade temporária ocorrida, **caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, exclusivamente, por acidente pessoal**, 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 a quantidade de diárias contratadas, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do seguro.

#### **Limite de Diárias**

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do dia da caracterização da incapacidade, respeitando a franquia determinada no Contrato de Seguro.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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

#### **Franquia**

Nesta cobertura há uma franquia determinada em contrato, observado o limite máximo de 15 dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Não havendo determinação de franquia em contrato, será considerada a franquia de 15 (quinze) dias.

**Esta cobertura não prevê carência.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

#### **Forma de Pagamento**

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

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 no Contrato do seguro.

#### **Reintegração de Garantia**

**A Seguradora procederá a reintegração automática da garantia de Diárias de Incapacidade Temporária após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.**

#### **▲ DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)**

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do Segurado Titular **decorrente exclusivamente de acidente pessoal**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do Seguro.

#### **Limite de Diárias**

A diária de internação hospitalar a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado. 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.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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

#### **Forma de Pagamento**

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

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 no Contrato do seguro.

#### **Franquia**

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

**Esta cobertura não prevê carência.**



### **Riscos Excluídos**

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- a) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias; declaradas por órgão competente, exceto se a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- c) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- f) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- g) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

### **▲ DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - UTI (DIH – UTI)**

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caso de internação hospitalar em UTI do Segurado Titular **decorrente exclusivamente de acidente pessoal**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do seguro.

### **Limite de Diárias**

A diária de internação hospitalar em UTI a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, 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.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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

### **Forma de Pagamento**

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

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 no Contrato do seguro.

### **Franquia**

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

**Esta cobertura não prevê carência.**

### **Riscos Excluídos**

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- a) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias; declaradas por órgão competente, exceto se a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- c) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- f) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- g) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

### **Reintegração de Garantia**

A *Seguradora* procederá a reintegração automática da garantia de Diárias de Internação Hospitalar após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

### **▲ DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA – AFASTAMENTO POR ACIDENTE OCORRIDO NO PERÍODO DE TRABALHO**

Em caso de afastamento do Segurado Titular, **ocorrido exclusivamente por acidente no período/horário de trabalho**, será pago o valor determinado no Contrato Seguro, mensalmente, a título de Auxílio Alimentação.

### **Limite de Diárias**

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, o período de afastamento será calculado a partir do 16º dia de afastamento e será devido quando completar 30 dias após esta data, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

Os valores correspondentes às cestas básicas dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para cesta do mês anterior, limitado a quantidade de meses de cobertura e o valor indicados no Contrato.

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

### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será efetuado ao Estipulante, que se encarregará de repassar ao segurado este valor ou entregar a(s) cesta(s) básica(s) no valor correspondente.

### **Franquia**

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

**Esta cobertura não prevê carência.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

### **Reintegração de Garantia**

A Seguradora procederá à reintegração automática da garantia de Diária de Incapacidade Temporária - Cesta Básica – Afastamento por Acidente de Trabalho após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

#### **▲ DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CESTA BÁSICA – AFASTAMENTO POR ACIDENTE**

Em caso de afastamento do Segurado Titular, **ocorrido exclusivamente por acidente**, será pago o valor determinado no Contrato Seguro, mensalmente, a título de Auxílio Alimentação.

#### **Limite de Diárias**

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, o período de afastamento será calculado a partir do 16º dia de afastamento e será devido quando completar 30 dias após esta data, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

Os valores correspondentes às cestas básicas dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para cesta do mês anterior, limitado a quantidade de meses de cobertura e o valor indicados no Contrato.

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

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será efetuado ao Estipulante, que se encarregará de repassar ao segurado este valor ou entregar a(s) cesta(s) básica(s) no valor correspondente.

#### **Franquia**

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

**Esta cobertura não prevê carência.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

### **Reintegração de Garantia**

A Seguradora procederá à reintegração automática da garantia de Diária de Incapacidade Temporária - Cesta Básica – Afastamento por Acidente após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

#### **▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS**

Garante a antecipação ao **Segurado** titular do pagamento da indenização relativa a garantia de morte de filhos, em caso de Invalidez Permanente Total consequente a doença congênita.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

**▲ INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – PAD (Pagamento Antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total em decorrência de Doença):**

Garante o pagamento em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, em consequência de doença, adquirida durante o Exercício Profissional, pago ao próprio empregado **Segurado**, a título de antecipação da cobertura de Morte, 100% (cem por cento) do capital segurado, desde que caracterizada a invalidez.

Considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez, ou a concessão de aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se anterior, que se enquadre no conceito acima. O Capital Segurado para indenização desta cobertura será o valor contratado na data do evento.

**Após o pagamento do Capital Segurado, conforme previsto nestas Condições Gerais, o Segurado será imediata e automaticamente excluído da apólice, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.**

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

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 Laborativa 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 o impeça 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).

**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.**

Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela através da qual o segurado obteve maior renda comprovada pelo registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social, dentro de determinado exercício anual.

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.

#### **Forma de Pagamento**

Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente por Doença pela Seguradora, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia, ao próprio Segurado.

#### **Riscos Excluídos**

**Além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença:**

**a) casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;**

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

### **Comprovação de Invalidez**

A Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença 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.

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 Laborativa Permanente Total por Doença.

### **Ocorrência do Sinistro**

Em caso de sinistro cabe ao(s) Segurado(s)/Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 26 - Procedimentos em caso de Sinistro - das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 26.2 (Documentos a serem enviados) da cobertura destacada, das Condições Gerais.

### **▲ AUXÍLIO MEDICAMENTOS - DECORRENTE DE ACIDENTE OCORRIDO EM HORÁRIO DE TRABALHO (AM)**

Garante o reembolso de despesas com medicamentos, 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 no período de horário de trabalho.

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.

Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo despesas com Auxílio Medicamentos, 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.

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.**

### **Riscos Excluídos**

**Excluem-se ainda da garantia de Auxílio medicamentos, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as despesas decorrentes de:**

**a) estado de convalescença (após a alta médica);**

### **Reintegração de Garantia**

**A Seguradora procederá a reintegração automática da garantia de Auxílio Medicamentos após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.**

### **▲ CESTA CASAMENTO**

Garante ao Segurado Titular o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro, em caso de casamento civil e/ou contrato matrimonial do próprio Segurado Titular.

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.

Nos casos em que o casamento ocorra entre dois segurados titulares da mesma apólice, a indenização será devida uma só vez.

**Esta cobertura não prevê franquia**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

**Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido no Contrato de Seguro.

**▲ CESTA NATALIDADE – NECESSIDADES BÁSICAS**

Garante ao Segurado titular o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro, em caso de nascimento de filho(s) do Segurado titular (funcionário ou funcionária), a título de Cesta Natalidade, para atender as primeiras necessidades básicas da mãe e do bebê.

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.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

**Forma de Pagamento**

O pagamento será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia, multiplicado pelo número de filho(s), nascidos vivos no mesmo parto, ou através da contratação de empresa que providenciará a entrega da Cesta Natalidade, observado o valor do capital segurado, desde que expressamente solicitada pelo Segurado Titular.

**▲ CESTA NATALIDADE – DESPESAS EXTRAS**

Garante ao Segurado Titular o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro, destinado a despesas extras, diretamente vinculadas ao nascimento de filho(s) do Segurado titular, disponibilizado para gastos com: fraldas, vacinas e exames, devidamente comprovados por Notas Fiscais; consultas médicas pediátricas, devidamente comprovadas por recibo emitido pelo médico; além de medicamentos e suplementos alimentares, estes contemplados se estiverem prescritos em receita médica.

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.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

**Forma de Pagamento**

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.

**▲ INVALIDEZ FUNCIONAL LABORAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFLPD**

Garante o pagamento em caso de Invalidez Funcional ou Laboral Permanente Total por Doença, pago ao próprio empregado **Segurado**, a título de antecipação da cobertura de Morte, 100% (cem por cento) do capital segurado, desde que caracterizada a invalidez.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

Considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez, ou a concessão de aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se anterior, que se enquadre no conceito acima. O Capital Segurado para indenização desta cobertura será o valor contratado na data do evento.

Não estando comprovada a Invalidez Funcional ou Laboral Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

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:

- a) 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 Autônomicas do Segurado.
- b) 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).

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.

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

**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.**

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.

### **Forma de Pagamento**

Reconhecida a Invalidez Funcional ou Laborativa Permanente por Doença pela Seguradora, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia, ao próprio Segurado.

### **Riscos Excluídos**

**Além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença, os itens conforme orientação abaixo:**

Em caso de Invalidez Funcional: Serão considerados os riscos excluídos citados no subitem de “Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”.

Em caso de Invalidez Laborativa: Serão considerados os riscos excluídos citados no subitem de “Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença”.

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 Laborativa Permanente Total por Doença.

### **Ocorrência do Sinistro**

Em caso de sinistro cabe ao(s) Segurado(s)/Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 26 - Procedimentos em caso de Sinistro - das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 26.2 (Documentos a serem enviados) da cobertura destacada, das Condições Gerais.

### **▲ DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ (DDAI)**

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.

**O limite de valor e de quantidade de diárias contratados serão estabelecidos no Contrato de Seguro.**

**Esta cobertura prevê franquia de 15 (quinze) dias.**

**Esta cobertura poderá prever carência em caso de afastamento por doença, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

### **Forma de Pagamento**

O pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com as despesas trabalhistas por afastamento de trabalho do segurado principal, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

O pagamento das 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 de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

O início do pagamento desta garantia será estabelecido em contrato.

### **Reintegração de Garantia**

A Seguradora procederá à reintegração automática da garantia de Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional, respeitado os limites estabelecidos nesta Condição Geral e Contrato de Seguro.

### **▲ DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE – DAIA**

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.

### **Comprovação de Invalidez**

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.



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.

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

**Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência**

#### **Forma de Pagamento**

Reconhecida a invalidez permanente por acidente, o pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com adaptação às novas condições de vida do Segurado, **de acordo com as despesas indicadas na proposta de contratação**, mediante apresentação das notas fiscais e recibos originais de tais despesas, até o valor total do limite estabelecido para esta garantia.

#### **▲ AUXÍLIO FAMÍLIA - MORTE**

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.

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.

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).

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará na Proposta de Contratação.**

#### **Forma de Pagamento**

Reconhecida a Morte do Segurado Titular, por qualquer que seja a causa, o pagamento desta garantia será feito através de indenização, pago de uma única vez, até o valor total do limite estabelecido para esta garantia, ao Representante Legal do menor, mediante apresentação dos documentos em caso de Sinistro.

O capital segurado corresponde a cada 01 (um) dos filhos.

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

#### **▲ AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AEPA)**

Garante ao Segurado Titular 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.

#### **Riscos definidos:**

- a) **Ataques de Bichos peçonhentos;**
- b) **Choques elétricos;**
- c) **Prensamento de Membros;**

- d) **Projeção de materiais sobre partes do corpo;**
- e) **Lesões pela utilização de ferramentas portáteis;**
- f) **Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível.**

A cobertura concedida por este seguro em relação aos riscos previstos na alíneas “c”, somente prevalecerá, se:

- As pessoas designadas para 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.

### **Importante**

Deverá estar exposto, em locais visíveis e de fácil acesso, os avisos de advertência, que alertem os transeuntes e operadores daqueles bens, a existência de qualquer tipo de perigo correlato aqueles equipamentos.

**A ocorrência de Indenização por Acidente Definido e o consequente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do segurado, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.**

### **Limite de Diárias**

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do dia da caracterização da incapacidade, respeitando a franquia determinada no Contrato de Seguro.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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

### **Franquia**

Nesta cobertura há uma franquia determinada em contrato, observado o limite mínimo de 7 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

Não havendo determinação de franquia em contrato, será considerada a franquia de 7 (sete) dias.

**Esta cobertura não prevê carência.**

### **Forma de Pagamento**

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

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 no Contrato do Seguro.

### **Reintegração de Garantia**

O capital segurado será automaticamente reintegrado a cada ano de vigência da apólice, sem a cobrança de prêmio adicional.

### **Riscos Excluídos**

**Além dos riscos excluídos descritos conforme item 14 desta Condição Geral, excluem-se desta Garantia:**

- a) **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.**

### **▲ PERDA DE RENDA PARCIAL**

Garante ao Segurado Titular o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro, 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.

Será determinado no Contrato de Seguro, o prazo máximo para comunicação do evento à Seguradora.

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

**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.**

#### **Franquia**

Esta cobertura poderá prever franquias, que constará no Contrato de Seguro.

#### **Carência**

Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguro.

#### **Limite Máximo de Indenização**

O limite máximo de indenização e a quantidade de parcelas contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

#### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, ou em prestações periódicas, limitado ao número de parcelas, e limite de capital segurado contratado para esta garantia, e na forma convencionada no Contrato de Seguro.

O início do pagamento poderá ser feito logo que comprovada a redução salarial decorrente da redução da jornada de trabalho do Segurado Titular, a partir do mês subsequente a este, ou ainda, a partir de um período transcorrido da franquia, durante a qual o Segurado não terá direito à indenização, conforme determinado no Contrato.

#### **Riscos Excluídos**

**Além dos riscos excluídos constantes no item 13 das Condições Gerais deste seguro, excluem-se ainda desta garantia:**

- a) Os contratos de trabalho celebrados para estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado, aposentados, pensionistas ou profissionais liberais/autônomos;**
- b) Reduções salariais fora de programas governamentais de proteção ao emprego, motivadas por vontade exclusiva de seu empregador ou por qualquer outra ocorrência.**

#### **Continuidade da Cobertura**

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.

### **▲ PERDA DE RENDA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRAD)**

Garante o pagamento do valor determinado no Contrato em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do **Segurado** exercer todas as suas atividades profissionais por um período superior a franquia estabelecida no Contrato, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela **Seguradora**.

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.

Esta cobertura poderá destinar-se a Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato.

Na ocorrência de novo sinistro por doença do **Segurado**, caso ele tenha se mantido na apólice, será exigido nova comprovação deste, respeitando o prazo da franquia e carência para que a indenização correspondente seja devida.

#### **Limite de Diárias**

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato.

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

#### **Forma de Pagamento**

Esta garantia poderá ser paga ao **Segurado** ou a quem este designar, de uma só vez, ou através de prestações periódicas. Poderá ainda destinar-se a quitação de dívida contraída ou para atender a compromisso assumido pelo **Segurado**, na forma convencionada no Contrato.

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 no Contrato.

#### **Franquia**

Nesta cobertura poderá haver uma franquia determinada no Contrato, observado o limite máximo de 15 dias, contada a partir da data do afastamento das atividades profissionais do **Segurado** por determinação médica, período em que o **Segurado** não terá direito à indenização.

#### **Carência**

Nesta cobertura poderá haver uma carência determinada no Contrato, respeitando o disposto no **item 12**, sendo considerada como o espaço de tempo durante o qual o beneficiário, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização. As demissões ocorridas durante este período não terão cobertura do seguro. **NÃO HÁ CARÊNCIA PARA PERDA DE RENDA POR ACIDENTE.**

#### **Riscos Excluídos**

Além dos riscos excluídos constantes no item 14 das Condições Gerais deste seguro, excluem-se ainda desta garantia os afastamentos decorrentes de:

- a) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;
- c) 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;
- d) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- e) tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência individual;
- f) exames físicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- g) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);
- h) eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s).

### **Continuidade da Cobertura**

O benefício concedido por esta garantia somente terá validade enquanto durar a incapacidade do **Segurado**, podendo a **Seguradora** exigir, a qualquer tempo, documentos que comprovem a manutenção desta. Se o **Segurado** dificultar a verificação, o pagamento da garantia será suspenso, e se a incapacidade tiver terminado, o pagamento das parcelas correspondentes a esta garantia será interrompido

### **▲ AUXÍLIO FUNERAL AGREGADOS**

Garante ao Segurado Titular o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro, em caso de Morte dos agregados do Segurado, assim entendidos o pai, mãe, sogro e/ou sogra, conforme determinado no contrato de seguros, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, por qualquer que seja a causa.

**Esta cobertura não prevê franquia.**

**Esta cobertura poderá prever carência, que constará no Contrato de Seguros.**

**Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 14 desta Condição Geral.**

### **Forma de Pagamento**

O pagamento do Auxílio Funeral Agregados será definido no Contrato de Seguro e poderá ser feito em forma de indenização no valor do capital segurado contratado para esta garantia, ou através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral Agregados não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

### **▲ AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AAE)**

Garante ao Segurado o pagamento de um valor determinado no Contrato a título de Auxílio em caso de Acidente Excepcional, em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o Segurado,

**Esta cobertura poderá prever franquia, que constará no Contrato de Seguros**

**Esta cobertura não prevê carência.**

### **Forma de Pagamento**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, limitado ao valor do capital segurado, conforme estabelecido no Contrato do Seguro.

**Esta indenização será caracterizada após envio e análise da carta de concessão do auxílio.**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do acidente.

### **Reintegração de Garantia**

**A Seguradora procederá a reintegração automática da garantia de Auxílio em caso de Acidente Excepcional após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.**

## **3.4 CLAUSULAS SUPLEMENTARES**

- ▲ Inclusão Automática de Cônjuge**
- ▲ Inclusão de Filhos**
- ▲ Distribuição de Excedente Técnico**

### 3.5 CLAUSULAS ESPECIAIS

- ▲ Cláusula Especial de Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal
- ▲ Cláusula Especial de Tratamento Câncer
- ▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Coração
- ▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Cérebro
- ▲ Cláusula Especial de Despesas para Transplante de Órgãos

### 4. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato do Seguro, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultado ainda, a contratação do seguro por período diferente de ano.

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

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

Para os proponentes que vierem a satisfazer as condições de ingresso no seguro após o início de vigência, a cobertura dos mesmos se dará a partir das 24 horas do dia correspondente à sua admissão no **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** ou a partir das 24 horas do dia em que cessar os impedimentos para seu ingresso.

O início de vigência individual poderá ser diferente do acima indicado, desde que o critério seja estabelecido no Contrato do seguro.

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

### 5. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da **Seguradora**.

A contratação deste seguro é destinada a:

- a) Proponentes que mantenham vínculo empregatício direto, estagiários, prestadores de serviço e sócios do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**; ou
- b) Proponentes que mantenham vínculo associativo regular junto ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**.

O limite de idade será definido no Contrato do seguro.

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

A inclusão dos proponentes é feita por adesão ao seguro, conforme item 11 destas Condições Gerais, podendo ser exigido, para análise da aceitação, o preenchimento de Cartão Proposta, bem como Declaração Pessoal de Saúde e, quando a **Seguradora** julgar necessário, prova de saúde.

## **6. ACEITAÇÃO DO SEGURO**

A **Seguradora** disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da aceitação do risco proposto pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, ficando a aceitação do seguro sujeita a análise do risco, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

Em caso de não aceitação do risco por parte da **Seguradora**, o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** será(ão) comunicado(s) por escrito, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias.

No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

Nos casos em que a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Neste mesmo prazo a **Seguradora** informará, por escrito, ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, sobre a inexistência de cobertura.

Caso a **Seguradora** não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

## **7. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO**

É a quantidade mínima de **Segurados** necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido no Contrato.

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

Deve ser observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

## **8. CAPITAL SEGURADO**

O capital segurado é definido pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, podendo ser contratado na modalidade Uniforme, sob a forma de Capital Global e constará no Contrato e Proposta de Contratação, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes, sendo expresso em moeda corrente nacional.

O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

### **8.1 CAPITAL SEGURADO GLOBAL**

**Uniforme:** Quando o Capital Segurado individual é igual para todos os Segurados e tem seu valor fixado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante no Contrato de Seguro.

Capital Global – É igual ao valor do capital individual definido no Contrato multiplicado pelo número de segurados informados na implantação do seguro. O capital global será redefinido em todas as faturas, de acordo com a quantidade de vidas informada pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante para cada faturamento.

O limite de Capital Segurado Individual contratado, não poderá exceder o valor acordado em contrato.

### **9. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

As atualizações serão feitas, anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes do referido.

Nos Seguros onde o pagamento do prêmio foi efetuado à vista, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado até a data de ocorrência do evento.

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

As atualizações de capitais se aplicam a todos os **Segurados**, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

Toda e qualquer alteração de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e desde que aceito pela **Seguradora**.

### **10. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO**

O capital segurado global poderá ser revisto a qualquer momento, a pedido do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela Seguradora.

### **11. INCLUSÃO DE SEGURADOS**

A inclusão dos **Segurados** se dará da seguinte forma:

#### **Segurados Titulares**

- a) No caso de proponentes que mantenham vínculo empregatício direto, estagiários, prestadores de serviço e sócios a partir das 24 horas do dia correspondente à sua admissão/contratação no **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** a contar da data do início de vigência da apólice ou a partir das 24 horas do dia em que cessar os impedimentos para seu ingresso.
- b) No caso de proponentes que mantenham vínculo associativo regular a partir das 24 horas de sua matrícula/inscrição junto ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

#### **Segurados Dependentes**

##### **Cônjuges**

A partir das 24 horas do dia em que este vier a reunir as condições necessárias para ingresso a contar da data do início de vigência da contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge.

##### **Filhos**

A partir das 24 horas do dia em que este vier a reunir as condições necessárias para ingresso a contar da data do início de vigência da contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

### **12. CARÊNCIA**

Havendo carência para quaisquer das garantias constantes nestas Condições Gerais, exceto para eventos em decorrência de acidentes pessoais, esta será determinada no Contrato de Seguro, cuja aplicabilidade se dará a partir do início de vigência individual do seguro, período em que não haverá cobertura a eventuais sinistros.



Adotada a carência, fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

### **13. RENOVAÇÃO DO SEGURO**

Ao final da vigência o seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ser de forma expressa e com a anuência 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. Qualquer alteração da apólice coletiva que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.

### **14. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além das informações descritas na definição de cada garantia, estão excluídos de TODAS as garantias deste seguro:

a) Os acidentes ocorridos em consequência:

a.1) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

a.2) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

a.3) de furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

a.4) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

a.5) de atos ilícitos praticados pelo Segurado, pelo seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

a.6) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do Segurado

b) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;

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

- d) **Mutilação voluntária, exceto quanto relacionada à tentativa de suicídio;**
- e) **Morte do Segurado provocada por epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

#### **15. REGIME FINANCEIRO**

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

#### **16. PROVA DO SEGURO**

A Contratação do Seguro é caracterizada pela emissão da apólice e eventuais endossos quando necessário. Ocorrerá a emissão de endossos quando houver quaisquer modificações nas suas informações.

#### **17. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA**

Sempre que solicitada qualquer alteração nas condições originalmente contratadas pelo presente Seguro, seja em valores ou garantias, sujeitará o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** a cobrança do respectivo ajuste nos prêmios.

Deve ser observado que se o ajuste da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

#### **18. CANCELAMENTO**

A apólice será cancelada:

- a) **A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;**
  - a.1) **a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;**
  - a.2) **quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 23;**
- b) **Ao fim do prazo de vigência da apólice;**
- c) **Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;**
- d) **A qualquer tempo pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;**
- e) **Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.**

#### **19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

A cobertura do seguro de cada Segurado TITULAR cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) **Ocorrer o falecimento do Segurado titular;**
- b) **Houver cessação, por qualquer motivo, do vínculo entre o Segurado titular e Estipulante e/ou Sub-Estipulante;**
- c) **Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.**

Além das situações mencionadas anteriormente, a garantia de cada Segurado DEPENDENTE cessa:

- a) **Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;**
- b) **Se o Segurado titular deixar o grupo segurado;**
- c) **Com a morte do Segurado dependente;**
- d) **No caso de cessação da condição de dependente;**

e) Com a alteração da condição de dependente para condição de **Segurado titular**, no mesmo grupo segurado do qual fazia parte.

## **20. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE**

**Constituem obrigações do *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante*:**

- a) Fornecer à **Seguradora** todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a **Seguradora** informada a respeito dos **Segurados**, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao **Segurado**, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Repassar aos **Segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- e) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o **Segurado**;
- f) Comunicar de imediato à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro;
- g) Dar ciência aos **Segurados** dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- h) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- i) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- j) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do **Estipulante**;
- k) Responder solidariamente com o **Sub-Estipulante** e vice-versa com o **Estipulante** no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

## **21. OUTROS SEGUROS**

O **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** deverá informar à **Seguradora** sobre a existência de outros Seguros de Vida contratados para o mesmo grupo segurado, por ocasião da contratação do presente Seguro.

## **22. CUSTEIO DO SEGURO**

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, o custeio será não contributivo, isto é, os Segurados não contribuirão com o pagamento parcial ou integral dos prêmios deste seguro.

## **23. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

O pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual ou fracionado, de acordo com a opção do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, conforme definido no Contrato.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado global, as garantias contratadas, a atividade principal desenvolvida pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

Na cobrança de prêmio mediante carnê, a **Seguradora** providenciará para que o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** receba o novo carnê de pagamento até 15 (quinze) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

**Caso o *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante* não receba o novo carnê até o prazo estabelecido, e desde que não tenha havido cancelamento do seguro, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante**

depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

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

No caso de vencimento posterior ao período de cobertura, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à *Seguradora*, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

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

Quando a forma de pagamento do prêmio for mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual, o não pagamento do prêmio por parte do *Estipulante e/ou Sub-Estipulante* nos seguros não-contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da Apólice a partir do dia subsequente ao início do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

Para os seguros com a forma de pagamento do prêmio fracionado, as parcelas, do período de cobertura já decorrido, que estejam vencidas e não pagas serão acrescidas de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

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

É garantido ao *Estipulante e/ou Sub-Estipulante* a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados, devendo, para tanto, contatar previamente a *Seguradora*.

Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

**TABELA CURTO PRAZO**

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
66	165/365
70	180/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.

A Seguradora informará ao *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante* ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos acima.

Uma vez restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas do prêmio fracionado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura acima referido, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

Findo o novo prazo de vigência da cobertura nos termos da tabela acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.

Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante, Sub-Estipulante ou Segurado até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

#### **24. BENEFICIÁRIOS**

É livre a indicação de beneficiários, por parte do **Segurado**, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o **Segurado** era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O **Segurado**, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à **Seguradora**, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste do Contrato, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do **Segurado**, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;

- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência.

A indenização por Morte do **Segurado** dependente é devida ao **Segurado** titular

## **25. INDENIZAÇÃO**

### **Data do Evento**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Na garantia de Morte (M), cuja causa seja acidental, na garantia de Morte Acidental (MA) e na garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar – UTI (DIH – UTI) e Auxílio Medicamentos (AM): a data do acidente;
- b) Na garantia de Morte (M), cuja causa não seja acidental: a data do falecimento;
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença: a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo;
- d) Na garantia de Cesta Casamento: a data do registro civil de casamento;
- e) Nas garantias de Cesta Natalidade – Necessidades Básicas e Cesta Natalidade – Despesas Diversas: a data de registro de nascimento em cartório.
- f) Nas demais coberturas que estejam relacionadas com alguma das garantias acima, será considerado como data de evento a daquela à qual relaciona;

### **Acúmulo de Indenizações**

**Em caso de morte decorrente de acidente, as indenizações das garantias de Morte e de Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.**

**As indenizações pelas Garantias de Morte e de IFPD não se acumulam.**

**As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, quando contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.**

**As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária, Despesas Médico-Hospitalares, Diárias de Internação Hospitalar, Diárias de Internação Hospitalar - UTI e Auxílio Medicamentos são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.**

### **Limite Máximo de Indenização**

**O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado individual, cujo critério para sua determinação constará no Contrato e Proposta de Contratação.**

### **Junta Médica**

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo a sociedade seguradora que

deverá propor segurado, por meio de correspondência escrita, sendo um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo **Segurado** e pela **Seguradora**. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

#### **Perda de Direito da Indenização**

**A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:**

- a) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas, que tenham influenciado na obtenção ou na majoração na indenização;**
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;**
- d) Agravamento do risco, objeto do seguro, pelo Segurado, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro;**
- e) Quando o segurado se suicidar nos primeiros dois anos da vigência inicial do seguro.**

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o segurado, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

O segurado obriga-se a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

#### **Pagamento da Indenização**

As indenizações, se devidas, serão pagas 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.

Na hipótese de não cumprimento do prazo para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, as indenizações serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa em caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item **26.3**, alínea “a” destas Condições Gerais e volta a correr quando do atendimento destas solicitações.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes também serão devidos juros moratórios simples e equivalentes à 1 % a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

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

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

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

## **26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

### **26.1 AVISO DE SINISTRO**

- Ocorrido um evento previsto na apólice do seguro contratado, a Alfa Previdência e Vida deverá ser comunicada oficialmente, assim que possível, através do “Aviso de Sinistro” juntamente com os documentos obrigatórios, de acordo com o tipo da ocorrência.
- A liquidação do sinistro ocorre no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências por parte do(s) segurado(s) ou do(s) beneficiário(s). Caso sejam necessários documentos complementares, este prazo é suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;
- Na hipótese de surgimento de fatos ou circunstâncias não previstas e havendo dúvida fundada e justificável, a seguradora reserva-se ao direito de solicitar documentos adicionais ou cópia autenticada da documentação inicialmente encaminhada, sempre com objetivo de preservar o mutualismo que é o elemento fundamental para a solvência dos contratos de seguro.

### **26.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS**

#### **▲ Documentos para todas as garantias**

- Relação do FGTS (GFIP e SEFIP) do mês da ocorrência
- CAGED do mês da ocorrência

#### **▲ Morte (M)**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia da Certidão de óbito;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;



- Certidão de casamento *do(a) segurado(a)* com averbação da separação, divórcio ou separação, com data atualizada (extraída em cartório após a data do óbito);
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, com firma reconhecida da assinatura deste.  
*(Este formulário poderá ser substituído por Relatório Médico pormenorizado, fornecido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, constando os tratamentos realizados, evolução e diagnóstico da patologia que levou o segurado a óbito).*
- Cópia do laudo do exame anatomopatológico e/ou outros exames realizados que tenham relação com a causa da morte *do(a) segurado(a)*
- Beneficiários: Para beneficiários indicados em cartão proposta, enviar cópia da indicação de beneficiário com a devida divisão, assinada pelo segurado; na falta de indicação, declaração de únicos herdeiros, CPF, RG ou certidão de nascimento e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias de todos (inclusive de filhos menores de idade);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido por todos os beneficiários individualmente.

Obs.: Os itens 6 e 7 serão necessários apenas para apólices que não são transferências de outras seguradoras cujo início de vigência *do(a) segurado(a)* seja igual ao início de vigência da apólice na Alfa Previdência e Vida;

Nota.: Maiores esclarecimentos sobre documentos de beneficiários, bem como documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários em caso de Morte".

**Importante:**

1. Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
2. Em caso de contratação da garantia de Auxílio Funeral, encaminhar Notas fiscais originais das despesas com o funeral bem como RG, CPF e comprovante de endereço do responsável pela contratação dos serviços funerários. Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar "Declaração de único reembolso de despesas" (*modelo Alfa*).

**▲ Morte Acidental**

- A documentação necessária para a regulação do processo é a mesma da morte natural, exceto relatório médico e cópias dos laudos de exames e acrescido de:
  - Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente de trabalho);
  - Laudo necroscópico ou cadavérico elaborado pelo IML (Instituto Médico Legal);
  - Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
  - Carteira Nacional de habilitação, no caso da vítima/segurado ser o condutor do veículo na ocasião do acidente;
  - Laudo de Perícia Técnica (IC);
  - Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
  - Resultado do exame de DNA – em caso de carbonização sem identificação;

Obs.: Poderão ser solicitadas as principais peças que instruem o Inquérito Policial, caso tal documento seja necessário para conclusão da análise técnica;

**▲ Morte Acidental no horário Trabalho (MAT):**

Além dos documentos do subitem de “**Morte Acidental**” é imprescindível a apresentação do **CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**.

**▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

- Formulário do Aviso de Sinistro (modelo Alfa): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF segurado;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo; 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, com firma reconhecida da assinatura deste.
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente dentro da empresa);
- Laudo de Exame de Corpo e Delito (IML) quando existir;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- 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;
- Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou curador);
- Formulário de Beneficiários (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço”.

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente no horário Trabalho (IPAT):**

Além dos documentos do subitem de “**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**” é imprescindível a apresentação do **CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**.

**▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo; 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o Segurado faz ou fez tratamento indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas *do(a) segurado(a)*, com firma reconhecida da assinatura deste;
- Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez *do(a) segurado(a)* com destaque das informações a respeito dos registros médicos que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*.m o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante previsto nas presentes Condições Gerais (Obs.: A avaliação da perda cognitiva deverá incluir além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais), incluindo os documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (*modelo Alfa*)
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens bem como para os casos em que a invalidez seja decorrente de alienação mental abrangendo todos e quaisquer transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o

- vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o Segurado faz ou fez tratamento com quem o Segurado faz ou fez tratamento indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante para atividade laborativa de principal rendimento;
  - Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, com histórico da data do diagnóstico da evolução da doença ;
  - Carta de Concessão de Aposentadoria do INSS.
  - Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais), incluindo os documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença).
  - Beneficiários: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou curador);
  - Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens bem como para os casos em que a invalidez seja decorrente de alienação mental abrangendo todos e quaisquer transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Despesas Médicas Hospitalares e Odontológica (DMHO)**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirija o veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Para reembolso de:
  - ✓ Honorários Médicos:
    - ⇒ Recibo original carimbado pelo médico, com CPF/CNPJ e CRM.
    - ⇒ Relatório médico constando todos os procedimentos realizados de acordo com a tabela AMB.
  - ✓ Honorários do Hospital:
    - ⇒ Nota fiscal original do hospital;
    - ⇒ Discriminativo de conta hospitalar (discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores

individualizados, bem como dos materiais e medicamentos utilizados);

⇒ Cópia do prontuário médico do período referente aos honorários cobrados;

✓ Reembolso de Exames

⇒ NF original;

Médicos:

⇒ Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame realizado;

✓ Reembolso de Despesas:

⇒ Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhada do pedido médico (receituário com carimbo, CRM e CPF);

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.:

- Os comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos;
- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão.
- Para pagamento de honorários hospitalares, além da NF original, é necessário o recibo comprovando que o pagamento já foi efetuado ao hospital. Caso não exista esse recibo, o pagamento da referida nota será efetuado diretamente ao respectivo hospital (será necessário termo de cessão de direitos).
- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).
- Em caso de cupom fiscal encaminhar “Declaração de responsabilidade pelo pagamento” (*modelo Alfa*).
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento.
- O reembolso será efetivado nominal ao responsável pelo pagamento das despesas devidamente identificado nas respectivas Nota Fiscal.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ DIT – Diárias de Incapacidade Temporária / Cesta Básica por Acidente**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.

- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médica) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Em casos de intervenção cirúrgica, cópia prontuário médico hospitalar completo (cópia simples)
- Comprovante do período de afastamento, tais como: 1- Se segurado com vínculo empregatício: Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS; 2- Se segurado proprietário de empresa: contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão); 3- Se segurado autônomo: contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente; 4- Se segurado profissional liberal: documentos que comprove o vínculo associativo, o *vínculo associativo* em sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirigia o veículo na ocasião do acidente;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (*próprio segurado ou do curador*);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Diárias por Internação Hospitalar**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Cópia simples do prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- Original do relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- Originais de todos os exames realizados;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (*próprio segurado ou do curador*);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Auxílio Medicamentos - Decorrente de Acidente ocorrido em horário de trabalho (AM)**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;

- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirigia o veículo na ocasião do acidente;
- Laudo médico constando diagnóstico e tratamentos realizados;
- Comprovantes originais das despesas com medicamentos, acompanhada do pedido médico/prescrição (receituário com carimbo, CRM e CPF);
- Para beneficiário pessoa física: RG, CPF, comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado) e Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado
- Para beneficiário pessoa jurídica: cópia do contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço atualizado em até 60 dias, formulário registro de informações pessoa jurídica (*modelo Alfa*).

Obs.:

- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão.
- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).
- Em caso de cupom fiscal encaminhar “Declaração de responsabilidade pelo pagamento” (*modelo Alfa*).
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento.
- O reembolso será efetivado nominal ao responsável pelo pagamento das despesas devidamente identificado nas respectivas Nota Fiscal.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço”.

#### ▲ **Cesta Casamento**

- Certidão de Casamento;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de endereço (até 60 dias do vencimento);
- Formulário de Autorização para crédito em conta bancária de titularidade do segurado;

#### ▲ **Cesta Natalidade – Necessidades Básicas**

- Certidão de Nascimento;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de endereço (até 60 dias do vencimento);
- Formulário de Autorização para crédito em conta bancária de titularidade do segurado;

#### ▲ **Cesta Natalidade – Despesas Extras**

- Certidão de Nascimento
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Notas Fiscais originais das despesas com fraldas, vacinas e exames;
- Recibo emitido por médico pelas despesas com consultas médicas pediátricas;
- Notas Fiscais originais das despesas com medicamentos e suplementos alimentares, desde que estes estejam prescritos em receita médica;
- RG, CPF e Comprovante de Residência (até 60 dias do vencimento) daquele que efetuou o referido pagamento.;

Formulário de Autorização para crédito em conta bancária de titularidade do segurado.

**▲ Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença – IFLPD:**

Em caso de Invalidez Funcional: Solicitar documentos do subitem de “Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”.

Em caso de Invalidez Laborativa: Solicitar documentos do subitem de “Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença”.

**▲ Cláusula Especial de Tratamento de Câncer**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Original do Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- Cópia simples de todos os resultados de exames médicos que auxiliaram no diagnóstico, além do anátomo-patológico;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota.: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Cláusula Especial de Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoal**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- BO ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente ocorrido dentro da empresa;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;



- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário: deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Novas.: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Coração**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo.;
- Relatório Médico e exames que comprovem a cirurgia;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*Modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

**▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Cérebro**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo.;

- Relatório Médico e exames que comprovem a cirurgia;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receituários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário: deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

**▲ Cláusula Especial de Despesas para Transplante de Órgãos**

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. ;
- Relatório Médico e exames que comprovem a cirurgia;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receituários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

**Importante:**

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Morte - Cesta Básica – Auxílio Alimentação e Morte Assistência Funeral**

- Aviso de Sinistro preenchido na frente pelo beneficiário, reclamante e/ou Estipulante e no verso preenchido pelo médico com quem o Segurado fazia tratamento, devidamente assinado e com firma reconhecida do médico;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do Segurado;
- Documentos dos beneficiários.

**▲ Morte Acidental - Cesta Básica – Auxílio Alimentação**

- Aviso de Sinistro preenchido na frente pelo beneficiário, reclamante e/ou Estipulante e no verso preenchido pelo médico com quem o Segurado fazia tratamento, devidamente assinado e com firma reconhecida do médico;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do Segurado;
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT, se acidente dentro da empresa);
- Laudo Necroscópico elaborado pelo IML;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, se houver;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica;
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Documentos dos beneficiários.

Para as garantias abaixo indicadas, será necessário o envio dos documentos descritos nas coberturas de Morte Natural ou Morte Acidental, dependendo do caso, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

**▲ Morte – Auxílio Funeral e Morte Acidental – Auxílio Funeral**

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do **Segurado**;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

**▲ Morte Acidental no horário de Trabalho - Auxílio Funeral**

Além dos documentos do subitem de “Morte – Auxílio Funeral e Morte Acidental – Auxílio Funeral” é imprescindível a apresentação do CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

**▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual**

- Termo de Rescisão Contratual

Para a garantia abaixo indicada, será necessário o envio dos documentos descritos nas coberturas de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente** ou **Invalidez Funcional Laboral Permanente Total por Doença – IFLPD**, dependendo do caso, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

**▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença – Despesas com Rescisão Contratual**

- Termo de Rescisão Contratual

**▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado ou Estipulante; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o filho do Segurado faz tratamento;
- Laudo médico e Exames realizados pelo filho do Segurado, comprovando a existência de doença congênita até 6º mês de vida deste;
- Certidão de Nascimento do filho acometido pela doença congênita;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado titular.

**▲ Diárias de Incapacidade Temporária – DIT**

- Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- a. Opcionalmente poderá ser solicitada a declaração médica, cópia de exames e prontuários médicos;

- Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, caso o sinistrado seja condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho;
- Cópia do Comunicado de Decisão do Auxílio INSS, informando o período complementar do afastamento do trabalho;
- Relatório médico, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva;
- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil) e comprovante de residência, até 60 dias do vencimento, do segurado principal;
  - a. RIC – Registro de Identificação Civil substitui o documento de identidade e CPF e deverá estar dentro da validade;
  - b. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o beneficiário reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) de do segurado principal (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do Segurado principal (páginas: foto, qualificação civil, contrato de trabalho com o registro da estipulante).
- Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro – páginas: onde consta o segurado, resumo com o total de funcionários por categoria e protocolo de entrega (Documento obtido com a Empresa);
  - a. Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado enviar também: REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED (Documento obtido com a Empresa);
  - b. Se no mês do evento/acidente houver funcionários afastados, enviar declaração do contador informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, indicar os nomes, data do afastamento e causas; não existindo afastados, encaminhar declaração informando a ausência. (Documento obtido com a Empresa);
- Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço.

Importante:

- 1- Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;

**▲ Auxílio Especial por Acidente- AEPA:**

Além dos documentos já previstos no subitem "Diárias de Incapacidade Temporária – DIT, a Seguradora poderá solicitar para regulação de Sinistro, documentos que comprovem a existência de manutenção regular e periódica dos bens que possam ter causado o acidente, nos moldes determinados pelo fabricante o comprovante.

**▲ Diárias por Internação Hospitalar e Diárias por Internação Hospitalar - UTI**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ou, caso tenha sido acidente doméstico, declaração detalhada do Segurado sobre a ocorrência, com assinatura de 2 (duas) testemunhas idôneas;
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de hospitalização, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Prontuário médico hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos.

- Se Segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o Segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.
- RG e CPF do segurado sinistrado;

#### **▲ Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez (DDAI)**

- Formulário do Aviso de Sinistro (modelo Alfa): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF do(a) segurado(a);
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- 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; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo.
- Comprovante do período de afastamento, tais como: 1- Se segurado com vínculo empregatício: Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS; 2- Se segurado proprietário de empresa: contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão); 3- Se segurado autônomo: contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente; 4- Se segurado profissional liberal: documentos que comprove o vínculo associativo sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento; (verificar os casos 2, 3 e 4 entendendo que não caiba nesse produto).
- Cópia simples do prontuário médico comprovando o afastamento;
- Cópia do cartão do CNPJ;
- Comprovante de Endereço Atualizado (até 60 dias do vencimento);
- Formulário de Cadastro de PJ, com declaração de pessoa politicamente exposta;
- Cópia do Estatuto ou Contrato Social;
- Formulário de Autorização para crédito em conta de titularidade da Estipulante ou Sub-estipulante;

Importante:

Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro.

#### **▲ Despesas com Adaptação em Caso de Invalidez por Acidente (DAIA)**

Os documentos necessários para comprovação de Sinistro, além daqueles já previstos no subitem de “Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente”, serão as notas fiscais e recibos originais das despesas com adaptação.

#### **▲ Auxílio Família - Morte**

Além dos documentos já previstos no subitem de Morte (M), será necessário para comprovação de Sinistro, o comprovante de matrícula na instituição de educação infantil e/ou maternal e RG, CPF, Comprovante de Residência do Representante Legal do menor e Declaração do Imposto de Renda dos últimos dois anos anteriores ao evento, onde conste o nome do dependente.

**▲ Relação de Documentos de beneficiários em caso de Morte:**

**1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida:**

RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias.

**Importante:**

- a) Beneficiários com idade entre 16 e 18 anos deverão ser assistido por seu tutor Legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao próprio beneficiário bem como ao seu tutor, o qual deverá dar quitação a qualquer indenização juntamente com o menor.
- b) Beneficiários menores de 16 (dezesseis) anos deverão ser representados por seu tutor legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao menor bem como ao de seu tutor, o qual dará quitação ao pagamento, entretanto, a indenização será sempre realizado em nome do menor. O Termo de Tutela é obrigatório se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

**2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida o pagamento da indenização é devido de acordo com o artigo 792 do Código Civil:**

*Art.792: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do(a) segurado(a), obedecida a ordem de vocação hereditária (Art.1829).*

*Parágrafo único: Na falta das pessoas indicadas nesse artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do(a) segurado(a) os privou dos meios necessários à subsistência.*

Nesta situação, a declaração de únicos herdeiros é documento obrigatório, modelo que será fornecido pela seguradora/corretor:

- Segurado com cônjuge/companheira(o) e com filhos: Declaração cônjuge e filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira com filhos: Declaração de filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira (o) e sem filhos: Declaração Pais;
- Segurado com cônjuge/companheira e sem filhos: Declaração cônjuge e pais;
- Segurado com cônjuge/companheira, sem filhos e sem pais: Declaração cônjuge/companheiro juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);
- Segurado sem filhos, sem pais e sem Cônjuge/companheiro: Declaração irmãos (uni e bilaterais) juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);

Obs.: Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após análise da seguradora.

Documentos válidos para comprovação de companheirismo:

a) **Companheiro(a):** RG, CPF, Comprovante de Endereço e:

Em caso de 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 ou CTPS, outros);

- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado viúvo:

- Certidão de Casamento atualizada *do(a) segurado(a)*;
- 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 ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de 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 ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum se houver.

- Em caso de segurado separado de fato (sem regularização judicial):

- Acordo entre as partes envolvidas (consignação administrativa) ou consignação judicial;

**▲ Relação de Documentos válidos para Comprovante de endereço:**

**1 – Pessoa Física**

Para liquidação de sinistro é obrigatório a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de endereço com data atualizada (máximo 60 dias) do beneficiário.

Como comprovante de residência poderá ser aceito, desde que estejam em nome próprio com prazo não superior a 60 dias (da data do pagamento para beneficiários) um dos seguintes documentos:

Contas de luz, ou de telefone fixo ou móvel, ou de IPTU, ou de gás, ou de água, ou ainda prestação de casa própria, ou outros tipos como, por exemplo: extrato de outro banco, fatura de cartão de crédito, carta do INSS.

Também poderá ser aceito:

Fatura de Concessionárias de TV por assinatura / TV à Cabo (ex. NET, TVA, etc.) ou de fornecedoras de serviços de Banda Larga (ex.: A Jato, Virtua, Velox, etc) desde que referente ao último mês vencido, cujo extrato apresente registro de recebimento / pagamento do mês anterior;

Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRVL) – Emitido pelo Detran, desde que dentro do exercício de licenciamento.

**PARTICULARIDADES:**

**Residentes em imóveis alugados:** deverá apresentar comprovante em nome do proprietário do imóvel, juntamente com a cópia do contrato de Locação com firma reconhecida.

**Residentes com os pais:** deverá apresentar comprovante em nome do pai ou da mãe, se comprovado a filiação através dos nomes constantes na Carteira de Identidade. Essa alternativa é válida para filhos menores de 21 anos; para maiores, deve-se apresentar a declaração de residência (modelo anexo), devidamente preenchida pelo proprietário com firma reconhecida.

**Universitários:** residindo em república de propriedade da Universidade, apresentar declaração, em papel timbrado da Universidade. Residindo em repúblicas particulares ou pensões, apresentar declaração firmada pelo proprietário do imóvel juntamente com um dos comprovantes de endereço citados em nome do mesmo, observando-se que a declaração firmada pelo proprietário deverá ser autenticada em cartório.

**Residentes com outras pessoas (cônjuges, companheiros (as), etc.):** Clientes que residam em companhia de outra pessoa, que não possuam comprovante de endereço em seu nome, poderão apresentar comprovante de endereço em nome da pessoa com a qual residam, desde que seja comprovado o relacionamento existente entre elas.

No caso de cônjuges, deverá apresentar a certidão de casamento.

Nos demais casos, quando não for possível comprovar o relacionamento, deverá ser preenchida a DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA – *Modelo Alfa* cujo modelo será fornecido pela seguradora / corretor, com firma reconhecida em cartório.

## **2 – Pessoa Jurídica**

1. Formulário REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS – PESSOA JURÍDICA (*modelo Alfa*);
2. Cópia simples do cartão CNPJ;
3. Cópia simples do Estatuto social;
4. Comprovante de endereço atualizado em nome do beneficiário

### **▲ Morte – Auxílio Funeral**

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do **Segurado**;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

### **▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual**

- Termo de Rescisão Contratual

### **▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o filho do **Segurado** faz tratamento;
- Laudo médico e Exames realizados pelo filho do **Segurado**, comprovando a existência de doença congênita até 6º mês de vida deste;
- Certidão de Nascimento do filho acometido pela doença congênita;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do **Segurado** titular.

### **▲ Perda de Renda Parcial (PRP)**

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido;
- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil) e comprovante de residência (até 60 dias do vencimento) do segurado;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) do segurado (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do Segurado principal (páginas: foto, qualificação civil, contrato de trabalho com o registro da estipulante e observações quando empresa incorporada).



- Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro – páginas: onde consta o segurado, resumo com o total de funcionários por categoria e protocolo de entrega (Documento obtido com a Empresa);
- Para casos em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC – relação de Estabelecimento Centralizada / CAGED (Documento obtido com a Empresa);
- Havendo funcionários afastados no mês do evento, enviar declaração do contador informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, indicar os nomes, data do afastamento e causas; não existindo afastados, encaminhar declaração informando a ausência. (Documento obtido com a Empresa);
- Comprovante de adesão ao Programa de Proteção ao Emprego – PPE, feita no PORTAL Mais Emprego do MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Cópia autenticada do acordo coletivo de trabalho específico, registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, nos termos do art. 614 do Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho, contendo, no mínimo, as seguintes informações:
  - a) O período pretendido de adesão ao PPE;
  - b) Os percentuais de redução da jornada de trabalho e de redução da remuneração;
  - c) Os estabelecimentos ou os setores da empresa a serem abrangidos pelo PPE;
  - d) A relação dos trabalhadores abrangidos, identificados por nome, números de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF e no Programa de Integração Social - PIS; e
  - e) A previsão de constituição de comissão paritária composta por representantes do empregador e dos empregados abrangidos pelo PPE para acompanhamento e fiscalização do Programa e do acordo.
- Cópia do contracheque dos 4 primeiros meses da adesão ao PPE, demonstrando a redução salarial.
- Declaração em papel timbrado da estipulante informando o valor, antes do acordo de PPE, do salário que o segurado recebia, bem como, informando o percentual de redução salarial aplicado ao segurado.

#### ▲ **Perda de Renda - por Acidente**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o **Segurado** faz tratamento;
- Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ou, caso tenha sido acidente doméstico, declaração detalhada do **Segurado** sobre a ocorrência, com assinatura de 2 (duas) testemunhas idôneas;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/**Segurado** seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada das lesões apresentadas e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Se segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o **Segurado** não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços durante o afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão tais como: carnê do INSS, IR, etc.

#### ▲ **Perda de Renda - por Doença**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o **Segurado** faz tratamento;
- Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada das lesões apresentadas e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;

- Se segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o **Segurado** não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços durante o afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão tais como: carnê do INSS, IR, etc.

#### ▲ **Auxílio Funeral Agregados**

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido;
- Cópia da Certidão de Óbito do Sinistrado;
- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil) do Sinistrado;
- Em caso de falecimento de sogro ou sogra, enviar:
  - a. Certidão de Casamento Atualizada (com averbação do óbito) do segurado (Documento obtido com o cartório);
  - i. Para a situação de união estável, enviar no mínimo três (03) documentos que comprovem a união, tais como: Escritura Pública; cópia do Termo de Rescisão contratual entre o segurado e a empresa, devidamente assinada pelo empregador e companheiro (a); cópia da Certidão de nascimento de filho havido em comum; Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente; Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo Órgão Previdenciário; conta bancária conjunta; ou quaisquer outros que possam comprovar a união (todos os documentos deverão passar por análise da seguradora);
- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil) e comprovante de residência (até 60 dias) do segurado principal;
  - a. RIC – Registro de Identificação Civil substitui o documento de identidade e CPF e deverá estar dentro da validade;
  - a) Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o beneficiário reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de duas testemunhas;
- Notas Fiscais (originais) das despesas com o funeral;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) em nome do segurado ou da pessoa que efetuou os gastos (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do Segurado principal (páginas: foto, qualificação civil, contrato de trabalho com o registro da estipulante).
- Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro – páginas: onde consta o segurado, resumo com o total de funcionários por categoria e protocolo de entrega (Documento obtido com a Empresa);
- Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED (Documento obtido com a Empresa);
- Havendo funcionários afastados no mês do evento, enviar declaração do contador informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, indicar os nomes, data do afastamento e causas; não existindo afastados, encaminhar declaração informando a ausência. (Documento obtido com a Empresa);
- Em caso de falecimento de sogro ou sogra, acrescentar os seguintes documentos:
  - Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil) do Cônjuge;
  - Certidão de Casamento Atualizada (com averbação do óbito) do segurado (Documento obtido com o cartório);
- a. Para a situação de união estável, enviar no mínimo três (03) documentos que comprovem a união, tais como: Escritura Pública; cópia do Termo de Rescisão contratual entre o segurado e a empresa, devidamente assinada pelo empregador e companheiro (a); cópia da Certidão de nascimento de filho havido em comum;

Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente; Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo Órgão Previdenciário; conta bancária conjunta; ou quaisquer outros que possam comprovar a união (todos os documentos deverão passar por análise da seguradora);

- Em caso de falecimento decorrente de acidente, acrescentar os seguintes documentos:
  - Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (se acidente ocorridos em horário de trabalho);
  - Laudo de Necropsia elaborado pelo IML;
  - Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou em caso que seja necessário exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento;
  - Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- a) Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames.
- CNH, caso o sinistrado seja condutor do veículo na ocasião do acidente.

#### **▲ Auxílio em caso de Acidente Excepcional - AAE**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Estipulante; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) quando o fato ocorrer dentro da empresa e não havendo Boletim de Ocorrência.
- Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo IML quando o Segurado contribuir para a agravamento do risco;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- 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;
- Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
- Carta de concessão do auxílio;
- RG e CPF do Segurado;
- Documentos dos beneficiários (em item específico);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

### **26.3 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

**a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.**

**b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.**

### **27. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA**

O âmbito territorial de qualquer garantia é o globo terrestre, **exceto para as Diárias por Incapacidade Temporária, Diárias de Internação Hospitalar e Diárias de Internação Hospitalar - UTI a qual só garante os acidentes ocorridos no Brasil.**

### **28. ALTERAÇÃO DE CONTRATO**

**Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.**

Qualquer alteração a apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.

### **29. PRESCRIÇÃO**

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

**30. FORO**

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

### ▲ DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

#### 1. OBJETIVO

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 que regem este seguro.**

#### 2. INCLUSÃO

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.

#### 3. CONDIÇÃO DO CÔNJUGE

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos **Segurados** titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

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

#### 4. LIMITE DE CAPITAL

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.

#### 5. GARANTIAS DESTA CLÁUSULADA DISTRIBUIÇÃO

Para fins desta cláusula, poderão ser contratadas as garantias Básicas disponíveis para o **Segurado Titular**, **exceto a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo Segurado titular.

**Não são extensivas ao cônjuge ou companheiro(a) nenhuma das garantias Adicionais.**

#### 6. INÍCIO DA GARANTIA

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 Suplementar;
- b) Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar.

#### 7. BENEFICIÁRIO

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

#### 8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 18, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

**CLÁUSULAS SUPLEMENTARES**

**▲ DE INCLUSÃO DE FILHOS**

**1. OBJETIVO**

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 que regem este seguro.**

**2. INCLUSÃO**

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, serão incluídos, na qualidade de **Segurados** dependentes, todos os filhos seguráveis dos **Segurados** titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, mediante solicitação na Proposta de Seguro e ratificação no Contrato.

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.

**3. DEFINIÇÃO DE DEPENDENTES**

Consideram-se filhos seguráveis, para fins desta cláusula suplementar, aqueles assim considerados no Regulamento do Imposto de Renda, conforme segue:

- a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- b) Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.

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

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

**4. LIMITE DE CAPITAL**

**O capital segurado individual dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital do respectivo Segurado titular, observado o disposto no item 2.1 das Condições Gerais, no que se refere aos seguros para menores de 14 (quatorze) anos.**

**5. GARANTIAS DESTA CLÁUSULADA DISTRIBUIÇÃO**

Para fins desta cláusula, somente poderão ser contratadas as garantias de Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos, Morte Acidental (MA) ou de Morte (M) e Auxílio Funeral ou Assistência Funeral.

**6. INÍCIO DA GARANTIA**

A garantia do risco individual prevista 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 Suplementar;
- b) Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar.

**7. BENEFICIÁRIO**

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

**8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA**

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item **18**, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

### **▲ DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO**

Esta Cláusula integra o Seguro prevalecendo sobre as normas contidas nas Condições Gerais que dispuserem em contrário e tem por objetivo garantir ao **Estipulante** e/ou **Segurados** a participação no excedente técnico da apólice, relativo a cada ano de vigência do Seguro, conforme definido no Contrato, o qual será apurado após cada ano de vigência da apólice.

#### **1. OBJETIVO**

Garantir ao **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou aos **Segurados** do grupo, a participação nos resultados técnicos da apólice.

#### **2. RECEITAS**

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) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- c) Recuperação de Sinistros através do Resseguro

#### **3. DESPESAS**

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 administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) as despesas administrativas, calculadas na base dos prêmios efetivamente pagos.
- g) Os prêmios de resseguro pagos pela Alfa Previdência e Vida S.A., quando esta fizer uso da faculdade de repassar parte dos Capitais Segurados ao órgão ressegurador oficial ou privado.
- h) Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR – Incurred But Not Reported)

#### **4. ATUALIZAÇÕES**

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

- a) o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- b) o aviso à Alfa Previdência e Vida S.A., para sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorrerem, para as despesas administrativas;
- e) as datas do pagamento dos prêmios de resseguro.

A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde o término do período de apuração estabelecido no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, não cabendo qualquer adiantamento nesse período.

#### **5. DA DISTRIBUIÇÃO**

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.

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*.



## **CLÁUSULAS ESPECIAIS**

### **▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL**

Garante ao segurado o reembolso de até 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da garantia de Morte (M) ou Invalidez Permanente por Acidente, considerados como antecipação, em caso de gastos com eventos decorrentes de Acidente, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização por Morte ou Invalidez Permanente por Acidente.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do acidente.

**Não haverá reintegração para esta garantia.**

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Permanente por Acidente. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

### **▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE TRATAMENTO DE CÂNCER**

Garante ao segurado o reembolso de até 50% (cinquenta por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas, considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de tratamento de câncer, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença(IFPD).

**Não haverá reintegração para esta garantia.**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do diagnóstico do câncer.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

Estão excluídos para reembolso todos os tipos histológicos benignos.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

### **▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DO CORAÇÃO**

Garante ao segurado o reembolso de até 20% (vinte por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas,

considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de cirurgia do coração, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

**Não haverá reintegração para esta garantia.**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data da cirurgia.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

**O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.**

Estão excluídos para reembolso todos os procedimentos realizados para diagnóstico de doenças cardíacas e suas consequências.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

**▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DO CÉREBRO**

Garante ao segurado o reembolso de até 20% (vinte por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas, considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de cirurgia do cérebro, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada.

**Não haverá reintegração para esta garantia.**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data da cirurgia.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

**O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.**

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

**▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE DESPESAS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS**

Garante ao segurado o reembolso de até 10% (dez por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas,

considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de Transplante de Órgãos, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada.

**Não haverá reintegração para esta garantia.**

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do transplante.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

**O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.**

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.