

SICOOB Seguradora de Vida e Previdência SA
(CNPJ: 26.314.512/0001-16)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO

Processo SUSEP nº 15414.900006/2017-41

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: 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, tendo como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) excluem-se desse conceito:

- as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;

- as 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como 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, conforme definido neste item.

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;

c) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

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

e) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

f) Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;

g) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

h) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

i) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

j) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

k) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

- l) Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não foram declaradas na proposta de adesão;
- m) Estipulante/Subestipulante:** pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;
- n) Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;
- o) Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- p) Evento Prazo Curto:** evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada;
- q) Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- r) Franquia Dedutível:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento;**
- s) Franquia Simples:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia não é deduzida por evento, isto é, caso o evento gerador tenha duração superior a franquia, a seguradora indenizará o período completo correspondente ao evento gerador;**
- t) Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- u) Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- v) Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
- w) Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

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

y) Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

z) Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

aa) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

ab) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

ac) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

ad) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

ae) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

af) Proposta de Adesão: 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;

ag) Proposta de Contratação: 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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

ah) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

ai) Segurado: pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;

aj) Segurado Principal: é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;

ak) Segurados Dependentes: são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro.

al) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

am) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

I. Morte (M): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. Morte Acidental (MAC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. Morte Acidental - Vítima de Crime (MACVC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

IV. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

V. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

VI. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, com a majoração de alguns itens constantes da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**.

VII. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - Vítima de Crime (IPAVC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

VIII. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

IX. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

X. Auxílio Funeral Complementar (AFC): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

XI. Auxílio Funeral Dedutível (AFD): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de Morte.

XII. Adiantamento por Doença Terminal (ADT): Corresponde à antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso seja verificado o estado terminal da doença do segurado, para auxiliá-lo no tratamento;

XIII. Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM): É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da morte do segurado;

XIV. Auxílio Alimentação (AALI): Corresponde ao pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, para auxiliar na alimentação da família;

XV. Doença Congênita dos Filhos (DCF): É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita;

XVI. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO): garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto;

XVII. Diárias por Incapacidade Temporária (DIT): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XVIII. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): É a garantia do

pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XIX. Doenças Graves (DG): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XX. Transplante de Órgãos (TO): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário caso este venha a se submeter a algum dos transplantes de órgãos definidos nas condições especiais.

XXI. Diária por Internação Hospitalar (DIH): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXII. Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de acidente pessoal coberto, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXIII. Doenças Graves Feminino (DGF): É a garantia do pagamento de um capital segurado ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de um dos cânceres femininos previstos nas condições especiais.

§ 1º. As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível, Adiantamento por Doença Terminal e Rescisão Contratual por Morte só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte.

§ 2º. As coberturas de Adiantamento por Doença Terminal, IFPD, IFPDA, Doenças Graves e de Doenças Graves Feminino não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 3º. Somente poderão ser contratadas pelos dependentes as coberturas de Morte, Morte Acidental, Morte Acidental Vítima de Crime, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC, Auxílio Funeral Dedutível e Complementar e Adiantamento por Doença Terminal.

§ 4º As coberturas de DIT, DITA, DIH e DIHA não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 5º As coberturas de IPA, IPTA e IPAM não poderão ser contratadas concomitantemente.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- d) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e**
- h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;**
- i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal;**
- j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.**

Art. 5º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 6º. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

§ 1º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Dedutível ou Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

§ 2º. Para os seguros contratados com vigência inferior a 1 (um) ano a cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, em território nacional, conforme o contrato.

6) CARÊNCIAS

Art. 7º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, sendo estabelecido no contrato e, não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

§ 1º. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

§ 3º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

§ 4º. Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

§ 5º. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos, se contratada, a carência será de 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência do seguro, o que for menor, contados a partir do início da vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência

do seguro, o que for menor, contados do início de vigência do risco individual ou da sua recondução depois de suspensão. A carência será o menor período entre a metade do prazo de vigência individual e 9 meses.

§ 6º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

§ 7º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 6º do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 8º. Para a cobertura de diária por internação hospitalar, será estabelecido período de carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de doença.

§ 9º. Para as coberturas de Doenças Graves, Doenças Graves Feminino e Transplante de Órgãos será estabelecida carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 8º. A contratação será feita com base na proposta de contratação que deverá ser preenchida e assinada pelo representante legal do subestipulante/estipulante.

Art. 9º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para

análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

§ 3º Caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de adesão, o seguro estará automaticamente aceito.

§ 4º. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

§ 5º. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio por parte da seguradora e a data da formalização de recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

Art. 10. A cada segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá os elementos mínimos estabelecidos pela legislação vigente

Art. 11. A inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

- a) automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais; e
- b) facultativa: quando, somente por autorização do segurado principal, o seguro abranger quaisquer dos segurados dependentes.

Art. 12. São equiparadas(os) aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas(es) estiverem registradas(os) de acordo com regulamentação própria.

Art. 13. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

Art. 14. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior

capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 15. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo único. As propostas que 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.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 16. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 17. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Caso as coberturas de Doença Congênita de Filhos, Diária por Incapacidade Temporária, Diária por Internação Hospitalar, Doenças Graves e/ou Transplante de Órgãos seja(m) contratada(s), o prazo de vigência do seguro deverá ser de no mínimo 1 (um) ano.

§ 2º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 3º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 4º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 5º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 6º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 18. O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

Parágrafo único. Para algumas coberturas será estabelecido limite percentual em função das coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, o qual constará da proposta de adesão.

Art. 19. As coberturas para cônjuge e filhos, quando contratadas, poderão abranger apenas as coberturas de Morte, Morte Acidental, MACVC, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC e Adiantamento por Doença Terminal e o capital segurado será equivalente a:

a) Cônjuge: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação; e

b) Filhos: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo único. A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte ou Morte Acidental ou Morte Acidental - Vítima de Crime.

Art. 20. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 21. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

Parágrafo único - A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a data de início de vigência do certificado.

Art. 22. Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora, alternativamente à atualização monetária prevista no art. 21.

Art. 23. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 24. O valor do prêmio individual do Seguro será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e conseqüente aumento de risco, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista nas Condições Contratuais do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 25. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 38, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 26. O custeio do seguro pode ser:

- a) contributário, no caso em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

Art. 27. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

§ 2º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante/subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato.

§ 3º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante/subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este

responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 4º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 5º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.

§ 6º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 7º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 28. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

Parágrafo Único. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 29. Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser pago no período especificado para reabilitação das coberturas constante no § 1º do artigo 28, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo Único. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 30. O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 31. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 17 destas condições gerais.

Art. 32. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- c) com a morte do segurado principal, ou o recebimento da cobertura de IFPD, ou IPTA;

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;
- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 33. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 34. Se, ainda, o segurado, o estipulante/subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o estipulante / subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, 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 do 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:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Art. 35. O segurado ou o estipulante/subestipulante é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 36. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da 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 do prêmio cabível.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao estipulante/subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 37. Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 38. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 39. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Art. 40. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

§ 3º. 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.

Art. 41. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 42. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Art. 43. A indenização devida e não paga se sujeita a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 38 e, somente neste caso, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

§ 1º. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 25.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 38.

§ 3º. 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.

Art. 44. As indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 45. São obrigações do estipulante/subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;

- f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;
- h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 46. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 47. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 48. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 49. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

Art. 50. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 51. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 52. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 53. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21) FORO

Art. 54. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

§ 2º. As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível e Adiantamento por Doença Terminal não se acumulam com a cobertura de Morte.

§ 3º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e)** documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
- f)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II.** Demais estipulante/subestipulante: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- g)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- h)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- i)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- j)** cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- k)** declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- l)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- m)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e)** Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- l) cópia da carteira de identidade e CPF;
- m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

§ 2º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;

- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- l) cópia da carteira de identidade e CPF;
- m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - VÍTIMA DE CRIME

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O ato de crime contra a vida do segurado será caracterizado, conforme as definições do Código Penal Brasileiro, nas seguintes modalidades:

- homicídio simples;
- homicídio qualificado;
- homicídio culposo; e
- aborto provocado por terceiro.

§ 2º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

§ 3º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente - vítima de crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos excluídos constantes das Condições Gerais, considera-se também como risco excluído o ato de crime perpetrado por parentes até 4º. grau do

segurado e/ou do beneficiário. Entende-se como parente até 4º. grau, o cônjuge ou companheiro (a), os ascendentes, descendentes e colaterais, tais como: filhos, netos, bisnetos, pais, irmãos, avós, bisavós, tios, sobrinhos, tios avós, primos e sobrinhos neto do segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e)** Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g)** cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- h)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- i)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- j)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- k)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- l)** cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- m)** declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- n)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- o)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2º. A cobertura de IPA deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
PARCIAL DIVERSAS	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
P A R C I A L M P A R C I A L M M E M B R O S S U P E R I O R E S	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 dedo respectivo	
P A R C I A L M	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50

Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
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 (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. 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 definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j) radiografias, se houver;

- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2º. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Perda total de ambos os rins	100	

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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 dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	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 (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

§ 2º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, o grau de redução funcional será calculado, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 4º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 5º. 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 definitiva.

§ 6º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 7º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPTA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e)** Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g)** Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h)** Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i)** Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j)** radiografias, se houver;
- k)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l)** cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- m)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- n)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2º. A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior	100
	Perda total do uso de uma das mãos	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
	Perda total da visão de um olho	100
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	100
PARCIAL	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
Mastectomia total de dois seios	20	
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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, 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 dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	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 (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. 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 definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados

monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e)** Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g)** Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h)** Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i)** Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j)** radiografias, se houver;
- k)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l)** cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- m)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- n)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - VÍTIMA DE CRIME

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa, ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O ato de crime contra a vida do segurado será caracterizado, conforme as definições do Código Penal Brasileiro, nas seguintes modalidades:

- tentativa de homicídio simples;
- tentativa de homicídio qualificado;
- tentativa homicídio culposo;
- aborto provocado por terceiro; e
- lesão corporal de natureza grave.

§ 2º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2º. A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100

	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
PARCIAL DIVERSAS	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do braço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
Mastectomia total de dois seios	20	
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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 dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	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 (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. 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 definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4º. Além dos riscos excluídos constantes das Condições Gerais, considera-se também como risco excluído o ato de crime perpetrado por parentes até 4º. grau do segurado e/ou do beneficiário. Entende-se como parente até 4º. grau, o cônjuge ou companheiro (a), os ascendentes, descendentes e colaterais, tais como: filhos, netos, bisnetos, pais, irmãos, avós, bisavós, tios, sobrinhos, tios avós, primos e sobrinhos neto do segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 5º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j) radiografias, se houver;
- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, correspondente à antecipação do capital segurado contratado para a cobertura de morte, em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo Único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) Agravo Mórbido: Piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;

- h) Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;
- i) Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;
- j) Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- k) Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;
- l) Deambular:** Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;
- m) 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;
- n) Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- o) Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- p) Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
- q) Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- r) Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- s) 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;
- t) Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação; São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
- u) Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

v) Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

w) Etiologia: Causa de cada doença;

x) Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

y) Hígido: Saudável;

z) Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

aa) Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ab) Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ac) Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ad) Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

ae) Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

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

aq) Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

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

3) COBERTURA

Art. 3º. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 12 destas condições especiais.

Art. 4º. Considera-se como risco coberto 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 prognóstico 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 (consumção), 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;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas 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.

Art. 5º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

§ 1º. 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.

§ 2º. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Art. 7º. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 8º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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; e

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 9. 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.

Art. 10. 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.

6) CAPITAL SEGURADO

Art. 11. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 12. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado, onde deverá ser comunicado à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b)** Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). Da

Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos arts. 4, 5 e 6 destas condições especiais;

- c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- e) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- f) Relatório do médico assistente do segurado:

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

- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

Art. 13. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

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

7) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 14. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 15. O próprio segurado será o beneficiário.

**ANEXO DA COBERTURA DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF**

**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE
ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>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.</p>	00
	<p>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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>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.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

DOCUMENTO 2**TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE**

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

§ 2º. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) Agravo Mórbido: Piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

- g) Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;
- h) Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;
- i) Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;
- j) Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- k) Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;
- l) Deambular:** Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;
- m) 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;
- n) Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- o) Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- p) Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
- q) Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- r) Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- s) 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;
- t) Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação; São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;

u) Doença Profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

v) Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

w) Etiologia: Causa de cada doença;

x) Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

y) Hígido: Saudável;

z) Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

aa) Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ab) Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ac) Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ad) Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

ae) Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

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

aq) Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

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

3) COBERTURA

Art. 3º. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá

ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 12 destas condições especiais.

Art. 4º. Considera-se como risco coberto 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 prognóstico 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;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas 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.

Art. 5º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

§ 1º. 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.

§ 2º. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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; e

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 8º. 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.

Art. 9º. 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.

6) CAPITAL SEGURADO

Art. 10. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 11. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado, onde deverá ser comunicado à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b)** Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). Da

Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos arts. 4, 5 e 6 destas condições especiais;

- c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- e) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- f) Relatório do médico assistente do segurado:

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

- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Emprego (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

Art. 12. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

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

Art. 13. Com o recebimento da indenização por invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro estará automaticamente cancelado.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 14. O próprio segurado será o beneficiário.

**ANEXO DA COBERTURA DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF**

**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE
ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>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.</p>	00
	<p>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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>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.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

DOCUMENTO 2**TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE**

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela SICOOB Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2º. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Estas coberturas poderão ser contratadas somente com cobertura para o segurado principal ou abrangendo também o cônjuge e os filhos menores.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

4) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA SICOOB SEGURADORA):

Art. 4º. Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO SUPERIOR – PADRÃO R\$ 3.500,00, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de falecimento do segurado, a empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora encarregar-se-á da respectiva participação às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades da liberação do corpo e do registro de óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

Translado: translado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Funeral: urna em madeira de lei, com ou sem visor, padrão *BUSQUET*, referência 2001, ou na falta desta uma similar, duas coroas de flores, ornamentação completa da urna, manta mortuária, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, comunicação em jornal, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório.

Sepultamento: sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério de livre escolha desta, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação.

Não será feito nenhum pagamento a título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Estará coberto o embalsamamento (tanatopraxia).

Cremação: cremação na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima e envio das cinzas à família, desde que haja crematório dentro de um raio de 250 Km (duzentos e cinquenta quilômetros) do local do óbito. Não havendo crematório dentro deste raio ou caso o familiar do segurado deseje realizar a cremação em outra localidade, a empresa terceirizada poderá providenciar o translado do corpo, sendo os custos excedentes deste transporte de responsabilidade do familiar do segurado. O retorno das cinzas correrá por conta da empresa terceirizada também limitada à distância de 250 Km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Transmissão de mensagens urgentes

Será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

Art. 5º. Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO BÁSICO – PADRÃO R\$2.000,00, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 200 km (duzentos quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de falecimento do segurado, a empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora encarregar-se-á da respectiva participação às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades da liberação do corpo e do registro de óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

Translado: traslado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 200 km (duzentos quilômetros).

Funeral: urna em madeira de lei, com ou sem visor, padrão *BUSQUET*, referência 2002, ou na falta desta uma similar, uma coroa de flores, ornamentação completa da urna, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório.

Sepultamento: sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério de livre escolha desta, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação.

Não será feito nenhum pagamento a título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Não estará coberto o embalsamamento (tanatopraxia).

Transmissão de mensagens urgentes

Será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6º. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 7º. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - ii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF;
- h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e
- i) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela SICOOB Seguradora nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela SICOOB Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2º. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de morte.

§ 3º. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Estas coberturas poderão ser contratadas somente com cobertura para o segurado principal ou abrangendo também o cônjuge e os filhos menores.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

4) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA SICOOB SEGURADORA):

Art. 4º. Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO SUPERIOR – PADRÃO R\$ 3.500,00, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de

sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de falecimento do segurado, a empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora encarregar-se-á da respectiva participação às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades da liberação do corpo e do registro de óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

Translado: translado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Funeral: urna em madeira de lei, com ou sem visor, padrão *BUSQUET*, referência 2001, ou na falta desta uma similar, duas coroas de flores, ornamentação completa da urna, manta mortuária, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, comunicação em jornal, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório.

Sepultamento: sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério de livre escolha desta, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação.

Não será feito nenhum pagamento a título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Estará coberto o embalsamamento (tanatopraxia).

Cremação: cremação na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima e envio das cinzas à família, desde que haja crematório dentro de um raio de 250 Km (duzentos e cinquenta quilômetros) do local do óbito. Não havendo crematório dentro deste raio ou caso o familiar do segurado deseje realizar a cremação em outra localidade, a empresa terceirizada poderá providenciar o translado do corpo, sendo os custos excedentes deste transporte de responsabilidade do familiar do segurado. O retorno das cinzas correrá por conta da empresa terceirizada também limitada à distância de 250 Km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Transmissão de mensagens urgentes

Será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

Art. 5º. Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO BÁSICO – PADRÃO R\$ 2.000,00, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 200 km (duzentos quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de falecimento do segurado, a empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora encarregar-se-á da respectiva participação às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades da liberação do corpo e do registro de óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

Translado: translado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 200 km (duzentos quilômetros).

Funeral: urna em madeira de lei, com ou sem visor, padrão *BUSQUET*, referência 2002, ou na falta desta uma similar, uma coroa de flores, ornamentação completa da urna, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório.

Sepultamento: sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério de livre escolha desta, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação.

Não será feito nenhum pagamento a título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Não estará coberto o embalsamamento (tanatopraxia).

Transmissão de mensagens urgentes

Será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6º. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- c)** cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 7º. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - ii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- f)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- h)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

- i) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela SICOOB Seguradora nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado, correspondente a antecipação de percentual do capital segurado contratado para a cobertura de morte, quando o segurado se encontrar com doença em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Considera-se doença em estágio terminal, àquela 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, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado.

§ 2º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

§ 3º. Quando da ocorrência da morte do segurado, será descontado o valor pago para a cobertura de Doença Terminal.

Art. 2º Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro, e após o período de carência.

Art. 3º. Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso do segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

- a) Doença Cardíaca Grave;
- b) Doença Pulmonar Grave;
- c) Doença Renal Grave;
- d) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- e) Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- f) Doença Neoplásica Maligna.

3.a. Doença Cardíaca Grave: doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

3.b. Doença Pulmonar Grave: doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

3.c. Doença Renal Grave: Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

3.d. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS): conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

3.e. Paralisia Irreversível e Incapacitante: perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

3.f. Doença Neoplásica Maligna ou Câncer: é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Art. 4º. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

Art. 5º. Se o segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente a esta cobertura, a cobertura para a Doença em estágio terminal estará extinta, independente da renovação do seguro.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica que deverá vir acompanhada do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

§ 1º. A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado.

§ 2º. O percentual de antecipação será definido na proposta de contratação.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d)** Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevida do segurado;
- e)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da doença;
- f)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL E REALOCAÇÃO DE PESSOAL POR MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado principal ao estipulante/subestipulante de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, estabelecido na proposta de contratação, referente às despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o estipulante/subestipulante e o segurado principal, bem como as despesas com realocação de pessoal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser contratada para sócios, prestadores de serviço e estagiários.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
- e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-cheque do mês

anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- i) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;;
- j) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- k) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

- I) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. O beneficiário será o estipulante/subestipulante com o qual o segurado principal mantenha vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura tem como objetivo, em caso de falecimento do segurado principal, auxiliar no custeio das despesas havidas com alimentação da família do segurado com o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado estipulado a esta garantia, limitado a um percentual da cobertura de morte, que será estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo único. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pelo recebimento do capital segurado em gêneros alimentícios por uma empresa terceirizada, indicada pela SICOOB Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
- d) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês

anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) cópia da carteira de identidade e CPF;
- g) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- h) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- i) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- j) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- i) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- j) cópia da carteira de identidade e CPF;

- k) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- l) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento;
- m) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- n) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- o) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia de pagamento de uma indenização ao segurado principal, quando ocorrer o nascimento de seu filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá futuramente exercer atividade remunerada, comprovada por documentação médica pertinente, durante o período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Doenças congênitas são as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por má formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas por uma declaração de médico assistente especialista.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data de nascimento do filho com doença congênita do segurado principal.

§ 1º. Para efeito de grupo segurado serão considerados apenas os filhos legítimos do segurado recém nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado.

§ 2º. Em caso de nascimento de mais de uma criança no mesmo parto, e constatada a doença para mais de um filho, o beneficiário receberá 100% do capital segurado para cada filho nascido vivo com a doença constatada.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos os abaixo especificados:

- a) eventos decorrentes de procedimentos não recomendados pelo médico assistente durante o período de gestação;
- b) malformações congênitas decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

- c) eventos decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e**

Parágrafo único. Não será devida indenização em caso de natimortos.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado principal;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado principal;
- c)** cópia autenticada da certidão de casamento ou da certidão de união estável com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- d)** cópia autenticada da certidão de nascimentos do(s) filho(s);
- e)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f)** relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- g)** exame e laudos que indiquem a doença congênita do(s) filho(s);
- h)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Emprego (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 5º. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESpesas MÉDICO - HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

§ 1º. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha do segurado, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao segurado, sendo que neste último caso o segurado deverá fazer a opção de forma expressa.

§ 2º. Não estão abrangidas, na cobertura de despesas médico – hospitalares e odontológicas por acidente, as despesas decorrente de:

- estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas com acompanhantes; e
- aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de DMHO a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços

públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

f) Laudo Oftalmológico, se necessário;

g) radiografias, se houver;

h) notas fiscais originais das despesas médicas discriminando cada procedimento;

i) cópia autenticada do receituário médico;

j) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

k) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

l) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 4º. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

Art. 5º. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O beneficiário será aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia dedutível.

§ 1º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 4º. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 5º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

- a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo**
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- f) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
- h) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- k) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;**

- m) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- n) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras;
- o) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias;
- p) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.);
- q) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- r) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e
- s) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

Art. 4º. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

3) FRANQUIA

Art. 5º. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado.

Art. 7º. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto será de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Art. 8º. Caso sejam contratados os limites de diárias 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, o número máximo de diárias a serem pagas será de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) “Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;
- g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- h) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e
- l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s);
- m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou

- contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada a franquia dedutível definida e observado o limite de diárias e as condições gerais e especiais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

§ 1º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária por acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária por acidente, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 4º. As indenizações de diária por incapacidade temporária por acidente não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 5º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente, os abaixo especificados:

- a) hospitalizações para check-up;**
- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- c) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- d) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
- e) luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- f) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;**
- h) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias; e**
- i) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.).**

Art. 4º. 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, o estado de invalidez permanente.

3) FRANQUIA

Art. 5º. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Art. 7º. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto será de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d)** “Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e)** Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- f)** Atestado Médico original comprovando o afastamento;
- g)** Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- h)** Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- j)** cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e
- l)** quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou

cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

- m)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
- I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 9º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

- a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo**
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas conseqüências (em portador soropositivo);**
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;**
- h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;**
- j) angioplastia, endarterectomia, embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas conseqüências, exceto em caso de acidente pessoal;**
- m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas conseqüências, exceto em caso de acidente pessoal;**

- n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- q) internação domiciliar;
- r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- s) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e
- t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

3) FRANQUIA

Art. 4º. Será estabelecida franquia simples de 2 (dois) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 2 (dois) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 2 (dois) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 5º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) “Aviso para Concessão Benefício de Afastamento” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica;
- f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- g) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;
- k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e
- l) cópia do prontuário médico;
- m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 7º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada franquia definida, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observada a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

- a) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

- b) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;
- e) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- f) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- g) internação domiciliar;
- h) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório; e
- i) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

3) FRANQUIA

Art. 4º. Será estabelecida franquias simples de 2 (dois) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 2 (dois) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 2 (dois) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquias.

4) CAPITAL SEGUADO

Art. 5º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua

ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) “Aviso para Concessão Benefício de Afastamento” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica;
- f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- g) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;
- k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e
- l) cópia do prontuário médico;
- m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 7º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em riscos cobertos.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente, os seguintes eventos:

- a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
 - 1. História de dores torácicas típicas
 - 2. Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q).
 - 3. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).
- c) **Acidente Vascular Cerebral:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.
- d) **Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s)

coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

- e) Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

Art. 3º. O beneficiário somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

Art. 4º. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. Configuram riscos excluídos da cobertura de Doenças Graves:

I. Câncer:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- d) Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
- e) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- g) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

II. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- b) Angina decúbito;
- c) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";e
- d) Outras síndromes coronarianas agudas.

III. Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- a) Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;
- b) Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- c) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;
- d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;
- e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de

Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para as doenças cobertas:

i. Câncer:

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

ii. Infarto agudo do miocárdio:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;
- b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- c) laudo de cateterismos cardíaco; e
- d) eletrocardiogramas recentes.

iii. Acidente Vascular Cerebral:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

iv. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou angioplastia através de cateterismo cardíaco;
- b) laudo de cateterismos cardíaco ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e
- c) eletrocardiogramas recentes.

v. Doença de Alzheimer:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário, caso o segurado venha a se submeter a algum dos transplantes relacionados no artigo 2º destas condições especiais, e desde que seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

2) COBERTURA

Art. 2º. Para fins desta cobertura entende-se como Transplante de Órgãos a recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: coração, fígado, córnea, rim ou medula óssea.

Art. 3º. A realização do transplante deverá ser comprovada por laudo médico, emitido por dois médicos especialistas na patologia em questão.

Parágrafo Único. Não serão aceitos como médico especialista o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Art. 4º. Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à seguradora, não havendo em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 5º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 6º. Não estão cobertos por esta garantia os seguintes casos:

- a) Auto-transplantes;
- b) Transplantes não especificados no artigo 2º;

- c) Transplantes diagnosticados anteriormente ao cumprimento do prazo de carência; e
- d) Transplante decorrentes de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- d) laudo médico, emitido por dois médicos habilitados especialistas na patologia em questão, confirmando o transplante como único recurso capaz de recuperar o órgão afetado;
- e) exames complementares realizados, comprovando a realização do transplante ou relatório da cirurgia utilizada;
- f) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Emprego (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

- g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- h) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- i) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- j) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

- k)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- l)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- m)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- n)** cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- o)** declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- p)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- q)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES FEMININO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de um dos cânceres femininos especificados e caracterizados adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Este seguro garante o pagamento de um capital segurado em caso de diagnóstico positivo de um dos cânceres femininos descritos abaixo, adquiridos durante o período cobertura.

Cânceres Cobertos:

- a) Mama;
- b) Colo de útero;
- c) Cérvix uterino;
- d) Trompas de falópio;
- e) Vagina;
- f) Vulva; e
- g) Ovário.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído do plano, encerrando o período de cobertura.

Art. 3º. O beneficiário somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

Art. 4º. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. Configuram riscos excluídos da cobertura de Doenças Graves Feminino:

- a)** Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna ou benigna;
- b)** Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c)** Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor do que 1,5mm); e
- d)** Câncer existente antes da data efetiva de início de vigência da apólice, seja este maligno ou não.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;
- d)** documentos médicos, tais como prontuários e receitas;
- e)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - ii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês

anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para as doenças cobertas:

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

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO EXCÉDENTE TÉCNICO

Art. 1º. Poderão ser concedidos excedentes técnicos, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, com base nos resultados técnicos da apólice e de acordo com o disposto no Contrato, considerando os seguintes elementos a seguir:

I. Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a)** prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, descontados os prêmios de resseguro cedido e/ou cosseguro cedido;
- b)** estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** recuperação de sinistro de resseguro e/ou cosseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
- d)** estorno da provisão de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

II. São despesas mínimas para os mesmos fins do inciso I:

- a)** Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b)** Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c)** Comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d)** Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração;
- e)** Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f)** Despesas efetivas de administração;
- g)** Variação da provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
- h)** impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

III. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo indexador do plano, desde:

- a)** O respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b)** O aviso à Seguradora para os sinistros;
- c)** A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d)** As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

§ 1º. A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente desde o término de vigência da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

§ 2º. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados e, nestes casos, será incluído no certificado individual, informação de que o segurado tem direito a excedente técnico.

§ 3º. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após 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 título de resultados técnicos.

§ 4º. Só serão concedidos excedentes às apólices que forem renovadas.