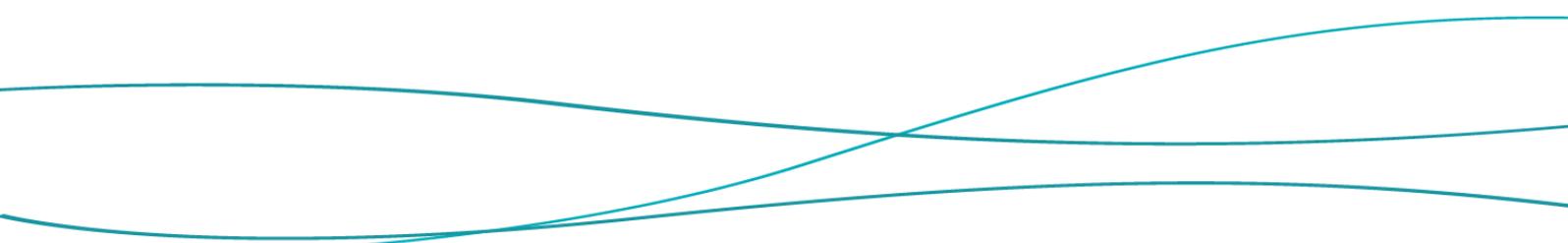


Sabemi Seguradora S.A.

Condições Gerais
Seguro Vida em Grupo
Taxa Média

Grupo: Pessoas Coletivo
Código do Ramo: 0993

Junho 2024



Sumário

1 Objetivo do Seguro.....	1
2 Definições.....	1
3 Coberturas do Seguro	8
4 Riscos Excluídos.....	29
5 Âmbito Geográfico da Cobertura	33
6 Carências.....	34
7 Franquias.....	34
8 Contratação Coletiva do Seguro	35
9 Inclusão e Aceitação no Seguro.....	35
10 Inclusão de Segurados Dependentes.....	37
11 Vigência e Renovação do Seguro	38
12 Vigência da Cobertura Individual.....	38
13 Capital Segurado e Diária Segurada	39
14 Atualização Monetária dos Capitais Segurados e Prêmios.....	40
15 Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias	41
16 Pagamento do Prêmio	41
17 Recálculo da Taxa do Seguro	42
18 Beneficiários.....	43
19 Liquidação de Sinistro	44
20 Opção pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral	49
21 Suspensão e Reabilitação do Seguro	50
22 Cancelamento do Seguro	50
23 Cessação da Cobertura Individual	51
24 Perda do Direito à Indenização.....	52
25 Obrigações do Estipulante, Subestipulante e do Consignante.....	53
26 Regime Financeiro.....	54
27 Excedente Técnico.....	54
28 Material de Divulgação.....	55
29 Foro.....	56
30 Comunicação entre as Partes	56

ANEXO I - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	1
ANEXO II – TABELAS IAIF	2

Condições Gerais

Seguro Vida em Grupo – Taxa Média

Processo SUSEP: 15414.614256/2020-66

1 Objetivo do Seguro

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao(s) próprio Segurado ou ao Beneficiário(s) por ele indicado(s), na ocorrência do evento coberto pela(s) cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

2 Definições

Aceitação: É o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante/Subestipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

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

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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**

- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido no item 2.2.**
- e) **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** é qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial.

Aditivo: São as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e do Corretor, gerarão o endosso à Apólice.

Alienação Mental: É o 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.

Âmbito Geográfico da Cobertura: É a delimitação física da(s) localidade(s) onde o Segurado possui a cobertura para a(s) cobertura(s) contratada(s) no Seguro.

Apólice: É o documento emitido pela Seguradora *formalizado* a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante/Subestipulante na Proposta de Contratação.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Cancelamento: Título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

Capital Segurado: É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para as coberturas contratadas, na hipótese de ocorrência do Sinistro coberto.

Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave".

Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, **durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os seus beneficiários não terão direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is)**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do Proponente, da renovação do Seguro, da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio ou de outras alterações relativas ao Seguro contratado.

Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do Estipulante/Subestipulante.

Conectividade com a Vida: É a capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Contrato: É o 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.

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

Dados Antropométricos: No caso da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (Antecipação ou Autônoma), o peso e a altura do Segurado.

Deambular: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

Declaração Médica: É o 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.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: É o questionário integrante da Proposta de Adesão, **que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG), Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) na hipótese de ocorrência de sinistro.

Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença: É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

Doença Neoplásica Maligna Ativa: É o 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.

Doenças Graves: para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, Alzheimer, Esclerose Multipla, Glaucoma, Insuficiência Renal Crônica, Cegueira, Enfisema Pulmonar, Infarto Agudo do Miocárdio bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.

Dolo: É a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

Endosso: É o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do Contrato/Apólice, pelo qual este e o Segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da Apólice ou o transferem a outrem.

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

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano de Seguro coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) contratada(s).

Excedente Técnico: É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

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

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

Franquia: É o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada cobertura do Seguro.

Fratura: É a interrupção na continuidade do osso, que pode ser um rompimento completo ou incompleto.

Grupo Segurado: É constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante/Subestipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Hospital/Clínica: É o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Indenização: É o valor devido pela Seguradora ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto.

Infarto do Miocárdio: É definida como a necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico deve ser baseado no histórico de dores torácicas típicas, alterações recentes e características de eletrocardiográficas específicas de isquemia, elevação das enzimas cardíacas troponinas e de elevação de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual as coberturas serão garantidas pela Seguradora.

Insuficiência Renal Crônica: É definido como o estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Internação Hospitalar: Para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

Liquidação de Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), após a verificação da existência da garantia contratada na Apólice/Certificado Individual e a análise e aceitação de toda a documentação necessária descrita nas Condições Gerais do Seguro, realizada pela área de Regulação de Sinistro da Seguradora.

Má-fé: É a consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que está assistindo ao Segurado ou que lhe tenha prestado assistência continuada. 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.

Meios Remotos: São aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso à informação e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Migração de Apólice: É a transferência de Apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Neoplasia Maligna (Câncer): É definida como a doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas e a invasão e destruição do tecido normal. Não estão cobertos pelo Seguro os tumores neoplásicos “in situ”. Os tumores “in situ” são aqueles tumores malignos que se restringem ao epitélio onde se originou, não invadindo o estroma e conseqüentemente os tecidos adjacentes. São os tumores malignos diagnosticados em fase inicial, pré-invasivo, com bom prognóstico se removido totalmente.

Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Período Indenizável: é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTI-AP), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária em UTI (DIT-UTI), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

Prêmio de Seguro: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos, que o Segurado e/ou o Estipulante/Subestipulante paga(m) à Seguradora, destinados ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

Preposto: É a pessoa investida no poder de representação do Segurado, como o Corretor de Seguros, ou o Estipulante/Subestipulante em caso de Seguro coletivo.

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

Proponente: É a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta de Adesão: É o documento, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante/Subestipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Quadro Clínico: É o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Queimaduras: É a decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando pelo menos a epiderme e a derme (pelo menos de 2º grau) causando a formação de bolhas.

Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da retomada do pagamento do(s) prêmio(s), dentro do prazo de suspensão.

Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: É a incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações, benefícios, administração, corretagem e outras despesas neste mesmo período.

Regulação de Sinistro: É o procedimento em que a Seguradora, quando da ocorrência de um sinistro, averigua as causas e as circunstâncias para caracterização do risco ocorrido, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais e, frente a essas verificações, conclui sobre a cobertura ou não do evento ocorrido.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um sinistro.

Relações Existenciais: São aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo Seguro.

Segurado: É a pessoa física Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

Segurado Principal: É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante/Subestipulante.

Segurados Dependentes: Quando incluídos no Seguro, são o cônjuge, o(a) companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, desde que não sejam seguráveis como segurados principais.

Seguradora: É a SABEMI SEGURADORA S.A., devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

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

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

Serviço de Assistência Funeral: são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC).

Sinistro: É a ocorrência do risco/evento coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

Subestipulante: É a pessoa física ou jurídica que participa da contratação do plano coletivo, que possui vínculo com o Estipulante, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

Suspensão: É o lapso temporal em que o Seguro não opera nenhum efeito, ficando o Segurado sem direito à(s) cobertura(s) contratada(s).

Taxa: É o valor resultante da divisão do prêmio pelo Capital Segurado.

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

Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3 Coberturas do Seguro

As coberturas do Seguro dividem-se em básica e adicionais, **sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a cobertura básica.**

Cobertura Básica:

3.1.1 Morte Qualquer Causa (MQC): Garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**
 - a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
 - a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

Coberturas Adicionais:

3.1.2 Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): Garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, durante a vigência do Seguro.

- a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**
 - a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
 - a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.1.3 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a) Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente do Segurado quando da alta médica definitiva, a Seguradora, então, pagará a Indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Anexo destas Condições Gerais.**
- b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.**

- c) 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.
- d) Nos casos não especificados na tabela anexa, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- e) 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)**.
- f) 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.
- g) 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.
- h) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente, Total ou Parcial, por Acidente (IPA).
- i) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
- j) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura
- k) **A indenização por morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial 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 por acidente.
- l) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de Invalidez Permanente por Acidente TOTAL (100% do capital segurado), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) e, caso contratadas, com as demais coberturas que garantem a morte ou morte acidental do segurado (Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Diversas por Morte (DD), Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA) e Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), sendo todas as demais coberturas adicionais automaticamente canceladas.
- m) A partir de então o prêmio do Seguro será recalculado em função das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, se eventualmente ocorrer o pagamento de prêmios após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado, em valores superiores aos recalculados, a diferença será devolvida, atualizada monetariamente.
- n) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), autônoma ou antecipação, ainda que em percentual inferior a 100% da cobertura básica.

3.1.4 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Garante o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

- a) **Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e verificada a existência da invalidez permanente total do Segurado, quando da alta médica definitiva, serão indenizados exclusivamente os casos previstos a seguir:**
 - a.1) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
 - a.2) **Perda total do uso de ambos os membros superiores;**
 - a.3) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
 - a.4) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
 - a.5) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;**
 - a.6) **Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;**
 - a.7) **Perda total do uso de ambos os pés; e**
 - a.8) **Alienação mental total e incurável.**
- b) **Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de Indenização. 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).**
- c) **O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.**
- d) **A invalidez permanente total deve ser comprovada através de declaração médica.**
- e) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.**
- f) **Para efeito da 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.**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente.**
- h) **A indenização por morte acidental e invalidez permanente total por acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente total por acidente.**

- i) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) e, caso contratadas, com as demais coberturas que garantem a morte ou morte acidental do segurado (Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Diversas por Morte (DD), Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA) e Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), sendo todas as demais coberturas adicionais automaticamente canceladas.
 - j) A partir de então o prêmio do Seguro será recalculado em função das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, se eventualmente ocorrer o pagamento de prêmios após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado, em valores superiores aos recalculados, a diferença será devolvida, atualizada monetariamente.
 - k) A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), autônoma ou antecipação, ainda que em percentual inferior a 100% da cobertura básica.
- 3.1.5 Cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADTP):** Garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições do Seguro
- As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.
- a) Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:
 - a.1) **Alteração de Casa:** todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o mesmo diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.
 - a.2) **Modificação de veículo:** todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.
 - a.3) **Residência Habitual:** residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.
 - a.4) **Veículo Particular:** veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.
 - b) **Riscos Excluídos**

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- b.1)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b.2)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b.3)** acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- b.4)** suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - b.5)** do início de vigência individual do seguro; ou
 - b.6)** da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- b.7)** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- b.8)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b.9)** epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- b.10)** perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b.11)** prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b.12)** eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- b.13)** eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- b.14)** Acidente Vascular Cerebral;
- b.15)** eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- b.16)** exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;

- b.17)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3.1.6 Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença – Antecipação (IFPD-Antecipação): garante a antecipação do pagamento de um percentual, limitado a 100% (cem por cento) da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, em consequência de **doença que cause a perda de sua Existência Independente**.

- a)** O percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação) do Segurado será definido no Contrato de Seguro.
- b)** Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação), se o percentual previsto para esta cobertura for igual a 100% da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) o Seguro será automaticamente cancelado.
- c)** Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação), se o percentual previsto para esta cobertura for inferior a 100% da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e, caso contratada, com a cobertura de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), sendo todas as demais coberturas adicionais automaticamente canceladas.
- d)** A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- e)** 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 autônômicas do Segurado**. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 19.4.
- f)** Para fins desta cobertura, **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 e que causem a Perda da Existência Independente:**

- f.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- f.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- f.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- f.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- f.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- f.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- f.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- f.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- f.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado **como terminal** (doença em estágio terminal), **desde que atestado por profissional legalmente habilitado**;
- f.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- f.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e
- f.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés
- g) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, **atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos**, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- h) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**

- h.1)** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- h.2)** 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.
- i)** A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPD-Antecipação) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Permanente Total por Acidente (seja pelo acionamento da cobertura de IPA ou IPTA).

3.1.7 Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença – Autônoma (IFPD-Autônoma): garante do pagamento de indenização, conforme o Capital Segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, em consequência de **doença que cause a perda de sua Existência Independente.**

- a)** No caso de ocorrência de sinistro e pagamento integral de indenização por invalidez funcional por doença, a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Autônoma (IFPD-Autônoma) será automaticamente cancelada. Nessa hipótese, o Seguro continuará vigente com as demais garantias, tendo o seu prêmio recalculado.
- b)** A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- c)** 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.** O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 19.4.
- d)** Para fins desta cobertura, **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 e que causem a Perda da Existência Independente:**
 - d.1)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - d.2)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

- d.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
 - d.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
 - d.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - d.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - d.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - d.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - d.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - d.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado **como terminal** (doença em estágio terminal), **desde que atestado por profissional legalmente habilitado**;
 - d.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - d.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e
 - d.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés
- e) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, **atingam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos**, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- f) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**
- f.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**
 - f.2) **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.**
- g) **A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Autônoma (IFPD-Autônoma) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Permanente Total por Acidente (seja pelo acionamento da cobertura de IPA ou IPTA).**

3.1.8 Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença (ILPD): garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. **Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.**

- a) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- b) Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.
- c) O percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) que será antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.
- d) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for igual a 100% da Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro será automaticamente cancelado.**
- e) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), e as demais coberturas vigentes.**
- f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.
- g) **A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Permanente Total por Acidente (seja pelo acionamento da cobertura de IPA ou IPTA).**

3.1.9 Diagnóstico de Doenças Graves (DDG): garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de 1º (primeiro) diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças graves cobertas contratadas para fins desta cobertura de Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

- b) Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças a seguir relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.**

b.1) DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

b.1.1) Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

b.1.2.) Riscos Cobertos:

- i.** Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.
- ii.** Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.
- iii.** Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

b.1.3.) Riscos Excluídos:

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

- i.** Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- ii.** Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- iii.** Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- iv.** Qualquer neoplasia benigna;
- v.** Carcinoma micro invasivo da mama;
- vi.** Carcinoma micro invasivo do útero e do colo uterino;
- vii.** Câncer de Pele (exceto o Melanoma).
- viii.** Diagnósticos anteriores a contratação do seguro.

b.2) DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

b.2.1) Conceito: : Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

b.2.2.) Riscos Cobertos:

- i.** Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

b.1.3.) Riscos Excluídos:

- i.** Ataques isquêmicos transitórios;
- ii.** alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico;
- iii.** lesão cerebral resultante de trauma;
- iv.** derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro;

b.3) INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

b.3.1) Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

b.3.2.) Riscos Cobertos:

i. O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

ii. Cirurgia de revascularização do miocárdio

b.3.3.) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro

b.4) INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

b.4.1) Conceito: É a condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas de forma irreversível comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

b.4.2.) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro

b.5) PARKINSON

b.5.1) Conceito: Doença neurológica que afeta os movimentos da pessoa. Causa tremores, lentidão de movimentos, rigidez muscular, desequilíbrio, além de alterações na fala e na escrita.

b.5.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro

b.6) ALZHEIMER

b.6.1) Conceito: Doença de transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais

b.6.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.7) ESCLEROSE MULTIPLA

b.7.1) Conceito: doença neurológica desmielinizante autoimune crônica provocada por mecanismos inflamatórios e degenerativos que comprometem a bainha de mielina que revestem os neurônios das substâncias branca e cinzenta do sistema nervoso central.

b.7.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.8) GLAUCOMA

b.8.1) Conceito: é uma doença que atinge diretamente o nervo óptico dos olhos e envolve de forma clara a perda de células da retina que são responsáveis por enviar impulsos nervosos ao cérebro. Essa pressão intraocular quando acontece de forma elevada aumenta significativamente o risco para o desenvolvimento do glaucoma.

b.8.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.9) CEGUEIRA

b.9.1) Conceito: Podendo ser causada ou adquirida, a cegueira é um comprometimento que vai desde a total ausência de resíduo visual à percepção de vultos e luminosidade.

b.9.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.10) ENFISEMA PULMONAR

b.10.1) Conceito: Doença degenerativa, que geralmente se desenvolve depois de muitos anos de agressão aos tecidos do pulmão devido ao cigarro e outras toxinas no ar.

b.10.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.11) CIRURGIA DA VÁLVULA CARDÍACA

b.12.1) Conceito: Cirurgia realizada em pacientes que apresentam problemas nas válvulas cardíacas, como estreitamento (estenose) ou vazamento (insuficiência).

b.12.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

b.12) CIRURGIA DA AORTA

b.13.1) Conceito: Cirurgia cirurgica cardíaca que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

b.13.2) Riscos Excluídos:

i. Diagnóstico anterior a contratação do seguro.

3.1.10 Diárias de Incapacidade Temporária (DIT): garante o pagamento de uma Diária Segurada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada por doença ou acidente e não decorrente de riscos excluídos, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **observando o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado a, no máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.**

- a)** As Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) são devidas **a partir do primeiro dia após o término do período de franquia**, observando o disposto no item 7.1. e observado o limite contratual máximo.
- b)** Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

3.1.11 Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP): garante o pagamento de uma Diária Segurada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal e não decorrente de riscos excluídos, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **observando o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado a, no máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.**

- a)** As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) são devidas **a partir do primeiro dia após o término do período de franquia**, observando o disposto no item 7.1. e observado o limite contratual máximo.
- b)** Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

3.1.12 Renda por Incapacidade Temporária (RIT): garante o pagamento da renda contratada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada por doença ou acidente e não decorrente de riscos excluídos, do mesmo em exercer sua principal atividade laboral remunerada, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **observando o número de rendas contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado, no máximo, ao equivalente a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.**

- a) A Renda por Incapacidade Temporária (RIT) é devida **a partir do primeiro dia após o término do período de franquia**, observando o disposto no item 7.1. e observado o limite contratual máximo.
- b) Pelo mesmo evento, o número de rendas indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

3.1.13 Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP): garante o pagamento da renda contratada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal e não decorrente de riscos excluídos, do mesmo em exercer sua principal atividade laboral remunerada, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **observando o número de rendas contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado, no máximo, ao equivalente a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.**

- a) A Renda de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP) é devida **a partir do primeiro dia após o término do período de franquia**, observando o disposto no item 7.1. e observado o limite contratual máximo.
- b) Pelo mesmo acidente, o número de rendas indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

3.1.14 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (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, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

- a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**
 - a.1) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e**
 - a.2) **Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**
- b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- c) **As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas Condições Contratuais.**

3.1.15 Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, em casos de queimaduras ou fraturas.

- a) A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para a referida cobertura.
 - b) **Para fins do Seguro, entende-se como queimadura a decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando pelo menos a epiderme e a derme causando a formação de bolhas.**
 - c) **Estarão cobertas pelo Seguro as queimaduras consideradas como de 1º grau, de 2º grau, de 3º grau e de 4º grau, desde que avaliadas e diagnosticadas por critério médico.**
 - d) **Entende-se por fratura, os casos avaliados e diagnosticados por critério médico como:**
 - d.1) **Fratura Completa – fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra;**
 - d.2) **Fratura Múltipla – mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;**
 - d.3) **Fratura Complexa – fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão;**
 - d.4) **Fratura de Colles – fratura no osso radio em nível do pulso; e**
 - d.5) **Fratura de Dedos – no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.**
- 3.1.16 Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG):** É a garantia do pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de Neoplasia Maligna (Câncer), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto do Miocárdio ou Insuficiência Renal Crônica.
- a) **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 90 (noventa) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia definido no item 7.2. destas Condições Gerais.**
 - b) **A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.**
 - c) **Para a indenização desta garantia, será considerada apenas a quantidade de dias de internação do Segurado, não sendo considerado, portanto, qualquer valor referente a possíveis despesas havidas com a internação.**
- 3.1.17 Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP):** é a garantia do pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor de Diária Segurada contratada, para cada dia de internação hospitalar.
- a) **Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.**
 - b) **Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia definido no item 7.2. destas Condições Gerais.**
 - c) **A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.**

3.1.18 Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI): garante ao próprio Segurado ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar em unidade intensiva de tratamento, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

- a) O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses.**
- b) Estão Excluídos desta cobertura:**
 - b.1) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
 - b.2) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
 - b.3) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
 - b.4) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;**
 - b.5) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**
 - b.6) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
 - b.7) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;**
 - b.8) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;**
 - b.9) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;**
 - b.10) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;**
 - b.11) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
 - b.12) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;**
 - b.13) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;**
 - b.14) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
 - b.15) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
 - b.16) Internação domiciliar;**
 - b.17) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;**

- b.18) Investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
- b.19) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e**
- b.20) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).**

3.1.19 Rescisão Contratual por Morte (RCM): garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a)** O Beneficiário será o Estipulante ou o Subestipulante da Apólice, conforme definido nas condições contratuais, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- b)** Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante / Subestipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.
- c)** O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

3.1.20 Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA): garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte por acidente pessoal do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a)** O Beneficiário será o Estipulante ou o Subestipulante da Apólice, conforme definido nas condições contratuais, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- b)** Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante / Subestipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.
- c)** O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado

3.1.21 Despesas Diversas por Morte (DD): garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a)** A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte (MQC).

3.1.22 Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA): garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a)** A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à Cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC)

3.1.23 Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP): garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização adicional ao responsável legal pelo nascituro em caso de morte do segurado ocorrido durante o período de gestação, observadas as demais condições contratuais

- a) Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado.
- b) Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.
- c) A contratação desta Cláusula somente poderá ser contratada se contratada a cobertura de Morte ou Morte Acidental.
- d) Para melhor entendimento desta cobertura e facilitar a sua compreensão, seguem as seguintes definições.
- d.1) **Nascituros:** filhos nascidos vivos, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como, batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
 - d.2) **Natimorto:** É o feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.
 - d.3) **Responsáveis Legais:** Mãe, Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
 - d.4) **Período de Gestação:** período correspondente entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.
- e) Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:
- e.1) **Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;**
 - e.2) **Natimorto;**
 - e.3) **Adoção.**
- f) O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- f.1) **Para** determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do óbito do segurado.
- g) Além dos documentos para a Cláusula de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
 - Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
 - Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;
 - Declaração de únicos herdeiros.

3.1.24 Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP): Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, e que tenha sido diagnosticada na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.

3.1.24.1. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, esta cobertura será incluída uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula.

- a) Filho:** para efeito desta cláusula complementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.
- b) Doença Congênita:** considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.
- c) Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:**
 - Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
 - Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
 - Malformação da traquéia e dos pulmões;
 - Malformação dos rins;
 - Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
 - Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
 - Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
 - Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).
- d) O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.**
 - d.1) O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal**
 - d.2) O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.**
- e) Estão expressamente excluídos desta cláusula complementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.**
- f) A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.**
- g) O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.**

3.1.25 Auxílio Alimentação (AXA): garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a) A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte (MQC).

3.1.26 Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC): Garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a prestação do serviço de Assistência Funeral, a critério do beneficiário, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

- a) **A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência .deve ser feita mediante solicitação expressa do beneficiário.**
- b) **O Beneficiário que optar por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá qualquer direito a reembolso posterior.**
- c) Os eventos/serviços abrangidos pela prestação do serviço de Assistência Funeral, conforme opção do beneficiário, estão dispostos abaixo. Os eventos/serviços não elencados abaixo não estarão cobertos por este seguro.

c.1) Transporte do Segurado: No caso de opção pelo serviço de Assistência Funeral quando do falecimento do Segurado, a prestação do serviço tratará da liberação do corpo, seja em hospital, necrotério ou qualquer outro local, no Brasil, garantindo o pagamento das despesas de transporte, através do meio mais adequado em urna mortuária apropriada, desde o local do óbito, até o local de sepultamento, no Brasil, limitado a um raio de 300 (trezentos) quilômetros, contabilizando a viagem de ida e volta.

c.2) Assistência ao Sepultamento: No caso de opção pelo serviço de Assistência Funeral quando do falecimento do Segurado, a prestação do serviço garantirá, de acordo com o limite do Capital Segurado e no Brasil, a prestação dos serviços de sepultamento conforme descrição abaixo:

- I. Acompanhamento do familiar/responsável para liberação do corpo onde for necessário;
- II. Registro do óbito em cartório;
- III. Cuidados com a preparação do corpo para acomodação na urna;
- IV. Urna modelo sextavado caixa e tampa em madeira pinus, fundo madeira de alta resistência, seis alças tipo parreira ou varão, quatro chavetas para fechamento da tampa, três chavetas para fechamento do visor de acrílico e acabamento externo com verniz de alto brilho;
- V. Uma coroa de flores;
- VI. Ornamentação no interior da urna com manto de flores naturais do campo e véu para cobrir o corpo;
- VII. Carro funerário para transporte do corpo entre o local da liberação e o local do sepultamento;
- VIII. Locação de sala velatória municipal. Em salas particulares os valores deverão ser similares às salas municipais; e

- IX. Sepultamento no jazigo da família, ou aluguel por 03 anos em jazigo municipal ou com valores correspondentes
- c.3)** Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizados conforme a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.
- c.4)** Todos os serviços serão executados sempre respeitando às condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.
- c.5)** Os serviços de Assistência Funeral serão prestados de acordo com o limite de Capital Segurado e o Padrão de Serviço contratado. Na hipótese de os valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.
- c.6)** Caso o(s) Beneficiário(s) não opte(m) pela prestação dos serviços, deverá(ão) requerer(em) à Seguradora o reembolso das despesas, relativas aos eventos anteriormente citados, o qual será limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

A(s) cobertura(s) contratada(s) estará(ão) devidamente discriminada(s), bem como o(s) seu(s) respectivo(s) Capital(is) Segurado(s), na Apólice e no Contrato.

As coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença (ILPD), Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação) e Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma) não podem ser contratadas simultaneamente

As coberturas de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma), Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença (ILPD), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) não são extensivas aos segurados dependentes.

No caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

4 Riscos Excluídos

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- 4.1.1 De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Contratação;
- 4.1.2 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;
- 4.1.3 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;
- 4.1.4 De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- 4.1.5 De tratamento e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 4.1.6 De atos de terroristas, não estão cobertos danos e perdas causados direta e/ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhado de laudo circunstanciado, que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 4.1.7 Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual ou da sua reabilitação depois de suspenso;
- 4.1.8 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.1.9 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- 4.1.10 De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- 4.1.11 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.1.12 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- 4.1.13 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
- 4.1.14 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.3, 4.1.9 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que a morte do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Além dos riscos definidos no item 4.1., estão expressamente excluídos da coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) e Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA), os eventos ocorridos em consequência:

- 4.1.15 De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;
- 4.1.16 De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- 4.1.17 De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;
- 4.1.18 De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;
- 4.1.19 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e
- 4.1.20 De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível.
- 4.1.21 De fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;
- 4.1.22 De osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);
- 4.1.23 De queimaduras provenientes da exposição excessiva ao sol ou da utilização de qualquer técnica de bronzeamento artificial.

Além dos riscos definidos no item 4.1., estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma), 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 eventos abaixo especificados:

- 4.1.24 Qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- 4.1.25 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

- 4.1.26 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;
- 4.1.27 A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- 4.1.28 Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- 4.1.29 As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;
- 4.1.30 As doenças agravadas por traumatismos;
- 4.1.31 As doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- 4.1.32 Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado; e
- 4.1.33 Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.1.6 alínea “f” e 3.1.7 alínea “d”.

Além dos riscos definidos no item 4.1., estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD) os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.1.34 Qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- 4.1.35 Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- 4.1.36 Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- 4.1.37 Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- 4.1.38 Estresse, incluídos “burnout”, e depressão;
- 4.1.39 Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências, incluindo órteses e próteses;
- 4.1.40 Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- 4.1.41 Complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.

- 4.1.42 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;
- 4.1.43 Doenças cuja evolução natural tenham sido agravadas por traumatismos;
- 4.1.44 Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- 4.1.45 Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.

Além dos riscos definidos nos itens 0 e 0, estão também expressamente excluídos das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), os eventos ocorridos em consequência:

- 4.1.46 De estresse, incluídos “burnout”, e depressão;
- 4.1.47 De doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- 4.1.48 De tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- 4.1.49 De cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- 4.1.50 De cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- 4.1.51 De gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;
- 4.1.52 De fibromialgias;
- 4.1.53 De doença Miofascial;
- 4.1.54 De tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- 4.1.55 De tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);
- 4.1.56 De todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- 4.1.57 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorróidas;
- 4.1.58 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- 4.1.59 De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 4.1.60 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- 4.1.61 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- 4.1.62 De tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências; e

4.1.63 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.

Além dos riscos definidos nos itens 0 e 0, estão também expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), os eventos ocorridos em consequência:

4.1.64 De exposição ao sol ou ao frio, não decorrentes de acidentes pessoais;

Além dos riscos definidos nos itens 0 e 0, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG), os eventos ocorridos em consequência de:

4.1.65 Internações domiciliares;

4.1.66 Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou “IN-SITU” (incluindo displasia cervical), assim como o Câncer de pele, exceto melanoma de invasão;

4.1.67 Ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;

4.1.68 Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

4.1.69 Infartos do miocárdio anteriores à contratação do Seguro;

4.1.70 Infartos que não tiverem produzido elevação no segmento ST no eletrocardiograma;

4.1.71 Insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal; e

4.1.72 De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório.

Além dos riscos definidos nos itens 0 e 0, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), os eventos ocorridos em consequência:

4.1.73 De tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

4.1.74 De tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso de dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados

4.1.75 De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório.

5 Âmbito Geográfico da Cobertura

As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves em UTI (DIH – UTI) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos somente no território brasileiro.

As demais coberturas aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6 Carências

O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, não podendo exceder o prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

O período de carência não excederá metade do prazo de vigência da cobertura individual, prevista na Apólice.

As coberturas de Diagnóstico de Doenças Graves (DDG) e Diária de Internação Hospitalar em UTI, quando contratada, estarão sujeitas a uma carência mínima de 30 (trinta) dias e máxima de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de início de vigência da cobertura descrita no certificado individual do segurado.

6.1.1 As internações hospitalares em UTI verificadas durante o período de carência não serão cobertas pelo seguro, exceto se decorrente de acidente.

As coberturas de Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG) e Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH – UTI), quando contratada, terá uma carência mínima de 30 (trinta) dias, desde que não decorrente do evento acidente pessoal e contados a partir do início de vigência individual.

6.1.2 As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas pelo seguro.

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso.

O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nas Condições Contratuais.

Subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, com prazos de carência próprios, ou seja, a cada nova subscrição, desde que previsto na Apólice, o Segurado estará sujeito aos períodos estabelecidos nas Condições Contratuais.

Caso o Grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, ou no caso de migração, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

7 Franquias

As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP) estão sujeitas à franquia que será definida nas condições contratuais e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

A cobertura de Diagnóstico de Doenças Grave (DDG), quando contratada, terá uma franquia de mínima de 30 (trinta) dias e máximo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença grave coberta.

As coberturas de Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH – DG), Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), quando contratadas, terão franquia de 1 (um) dia, contados a partir da data de internação do segurado.

A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH – UTI), quando contratada, terá uma franquia mínima de 1 (um) dia, contados a partir da data de internação em UTI do segurado.

8 Contratação Coletiva do Seguro

O Seguro deverá ser contratado mediante a apresentação de Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Estipulante e pelo Subestipulante, quando houver, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

8.1.1 As Condições Gerais do Seguro estarão disponíveis ao Proponente Estipulante e Subestipulante na íntegra quando da apresentação da Proposta de Contratação.

8.1.2 Na Proposta de Contratação constará cláusula na qual o Proponente Estipulante e Subestipulante, quando houver, declara(m) ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8.1.3 As alterações durante a vigência do Seguro, somente serão feitas mediante assinatura do Proponente Estipulante e Subestipulante, quando houver, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

A contratação e/ou alteração do Seguro poderá ser realizada através da utilização de meios remotos.

8.1.4 Quando a contratação e/ou alteração do Seguro se der através de meios remotos, a formalização do mesmo poderá ser através de Proposta de Contratação devidamente assinada ou através de login e senha previamente cadastrados pelo Proponente Estipulante e Subestipulante, quando houver.

Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante/Subestipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

9 Inclusão e Aceitação no Seguro

As contratações e/ou alterações do Seguro serão feitas mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, observando a exceção constante do item **9.1.3**.

9.1.1 A assinatura da Proposta de Adesão poderá ser física ou por certificado digital devidamente pré-cadastrado em ambiente seguro.

9.1.2 Na proposta de adesão haverá cláusula na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

A contratação e/ou alteração do Seguro poderá ser realizada através da utilização de meios remotos.

9.1.3 Quando a contratação e/ou alteração do Seguro se der através de meios remotos, a formalização do mesmo poderá ser através de Proposta de Adesão devidamente assinada ou através de login e senha previamente cadastrados pelo Proponente.

A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato, podendo ocorrer das seguintes formas:

9.1.4 Compulsória: quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

9.1.5 Facultativa: quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco.

Para os novos Seguros, recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro será considerado aceito.

9.1.6 O prazo definido no item 9.5. será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ser feito apenas uma vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega completa dos mesmos.

O prazo definido no item 9.5. será adotado também nos casos de alterações no Seguro que impliquem na modificação do risco.

9.1.7 Neste caso, o prazo definido no item 9.1.5. será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ser feito apenas uma vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega completa dos mesmos.

Poderão ser aceitos, após a análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que, na data da assinatura da mesma, atenderem aos requisitos de aceitação, constantes no Contrato.

Quando houver, a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade é parte integrante e obrigatória da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

No caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora procederá à comunicação formal, justificando a recusa.

9.1.8 No caso de não aceitação da Proposta de Adesão e de já ter havido o pagamento de prêmio, os valores pagos deverão ser integralmente devolvidos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o Proponente terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

A cada Segurado incluído no Seguro, bem como em cada renovação ou alteração do Seguro, será enviado o Certificado Individual.

No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente ou doença.

10 Inclusão de Segurados Dependentes

Quando previsto no Contrato de Seguro e na Apólice, a inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

10.1.1 Inclusão dos Cônjuges:

- a) A inclusão dos cônjuges no Seguro pode se dar das seguintes formas:
 - a.1) automática: quando o Seguro abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos segurados principais;
 - a.2) facultativa: quando, somente por autorização do Segurado Principal, o Seguro abranger os cônjuges.
- b) Equiparam-se aos cônjuges, os companheiros(as) dos segurados principais, se ao tempo do Contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- c) **Não poderão participar na condição de segurado dependente os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo segurado como segurados principais.**
- d) **Os cônjuges poderão contratar as mesmas coberturas previstas para o Segurado Principal, exceto se as mesmas não forem extensivas aos segurados dependentes, e limitado a 100% (cem por cento) do capital do segurado principal para a cobertura.**

10.1.2 Inclusão dos Filhos:

- a) A inclusão dos filhos no Seguro pode se dar da seguinte forma:
 - a.1) automática: quando o Seguro abranger compulsoriamente todos os filhos dos segurados principais
 - a.2) facultativa: quando, somente por autorização do Segurado Principal, o Seguro abranger os filhos.
- b) São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- c) **Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior Capital Segurado na soma das coberturas principais.**
- d) **Os filhos maiores de 14 (quatorze) anos poderão contratar as mesmas coberturas previstas para o Segurado Principal, exceto se as mesmas não forem extensivas aos segurados dependentes, conforme mencionado no item 3.9.**
- e) **No caso de inclusão de filhos menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento das coberturas de reembolso de despesas com funeral ou despesas médicas, hospitalares e odontológicas.**

Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

Os capitais segurados dos segurados dependentes, em qualquer cobertura, não podem ser superiores aos capitais do Segurado Principal.

11 Vigência e Renovação do Seguro

A Vigência do Seguro, bem como a Vigência das Coberturas Individuais, serão definidas na Apólice e no Certificado Individual, respectivamente.

11.1.1 As apólices poderão ser renovadas periodicamente, salvo se a Seguradora ou o Estipulante/Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

11.1.2 As apólices, os certificados individuais e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

O presente Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da mesma.

A renovação automática da Apólice poderá ocorrer uma única vez, sendo que as demais renovações, caso existam, deverão ocorrer de forma expressa e por quantas vezes se fizer necessário.

11.1.3 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante/Subestipulante.

11.1.4 A renovação automática da Apólice não será aplicada aos casos em que o Estipulante/Subestipulante comunique o desinteresse na continuidade da vigência do Seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta dias) que antecedam o final da vigência da Apólice.

O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, comunicará ao Estipulante/Subestipulante sua decisão, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.

Qualquer modificação na Apólice, durante a vigência ou na renovação, deve ser feita através de aditivo, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação na Apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos dos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12 Vigência da Cobertura Individual

O início de Vigência da Cobertura Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data acordada entre a Seguradora e o Estipulante/Subestipulante, sendo esta ratificada na Proposta de Contratação e no Certificado Individual.

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

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

O término de Vigência da Cobertura Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no Certificado Individual.

13 Capital Segurado e Diária Segurada

Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

13.1.1 Uniforme: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

13.1.2 Múltiplo Salarial: O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

13.1.3 Livre Escolha ou Variado: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante/Subestipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão.

O(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e de Diária Segurada da(s) cobertura(s) contratada(s) consta(m) do Certificado Individual emitido a cada Segurado.

Os valores, tanto do(s) Capital(is) Segurado(s) e Diária(s) Segurada(s), quanto da Indenização, serão expressos em moeda corrente nacional.

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

Caso o valor do prêmio efetivamente pago, seja inferior ao contratado e/ou atualizado, o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) da(s) cobertura(s) será(ão) ajustado(s), respeitando-se o valor do prêmio pago e a taxa de cada cobertura.

A reintegração do Capital Segurado, no caso de sinistro ocorrido por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG), Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI) e de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), dar-se-á automaticamente após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

Não há reintegração de Capital para a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave.

Para efeito de cálculo de indenização, considera-se como a data do evento, quando da Liquidação do Sinistro:

13.1.4 Para as coberturas de Morte Qualquer Causa (MQC), Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Despesas Diversas por Morte (DD), a data do falecimento;

- 13.1.5** Para as coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente, Total ou Parcial, por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) e Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA): a data do acidente;
- 13.1.6** Para as coberturas de Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação), Invalidez Funcional Permanente por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) a data 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;
- 13.1.7** Para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Renda por Incapacidade Temporária (RIT): a data em que o Segurado ficou incapaz de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovada por declaração de Médico habilitado;
- 13.1.8** Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG): a data de internação hospitalar do segurado.
- 13.1.9** Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI): a data de internação hospitalar do segurado **em UTI**.
- 13.1.10** Para a cobertura de Diagnostico de Doença Grave: a data de do 1º (primeiro) diagnóstico da doença grave coberta.

14 Atualização Monetária dos Capitais Segurados e Prêmios

Os capitais segurados, diárias seguradas e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da Apólice ou no aniversário da cobertura individual, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

- 14.1.1** Será definido na Proposta de Contratação e ratificado na Apólice se a atualização monetária será feita no aniversário da Apólice ou no aniversário da cobertura individual.

Nas apólices onde os capitais segurados e/ou diária seguradas são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários dos segurados, no momento em que o Estipulante/Subestipulante comunicar à Seguradora.

Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o seu Capital Segurado e/ou Diária Segurada, a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. **Para tanto, a parcela do referido aumento dependerá de prévia apreciação e aprovação por parte da Seguradora.**

Para as contratações com vigência igual ou inferior a 12 (doze) meses não será aplicada a atualização monetária.

Quando houver pagamento de prêmio à vista ou anual, os capitais segurados pagáveis serão atualizados pelo Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de pagamento com periodicidade anual, a atualização será aplicada desde a última atualização.

No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

15 Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias

Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), a partir da data em que se tornarem exigíveis.

15.1.1 No caso de cancelamento da Apólice, os valores de que trata este item, porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

15.1.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

15.1.3 No caso de recusa da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data em que se deu a recusa da Proposta.

No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

A atualização definida no item 15.1. será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16 Pagamento do Prêmio

O custeio do Seguro poderá ser:

16.1.1 Contributário: onde os segurados pagam a totalidade do prêmio;

16.1.2 Parcialmente Contributário: onde Segurado e Estipulante/Subestipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; e

16.1.3 Não Contributário: onde o Estipulante/Subestipulante paga a totalidade do prêmio.

O prêmio, quando pago, total ou parcialmente, pelo Estipulante/Subestipulante deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, segurado por segurado.

O prêmio será pago antecipadamente ou postecipadamente ao período de cobertura e sua periodicidade será definida no Contrato podendo ser à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.

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.

Sob sua exclusiva responsabilidade perante o Segurado, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável pelo seu repasse à Seguradora, conforme disposto no Contrato de Seguro e ratificado na Apólice. O não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará na cobrança do valor que deixou de repassar, acrescidos de atualização monetária com base na variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento e acrescidos ainda de juros moratórios à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, e sujeita o Estipulante/Subestipulante às cominações legais, porém não prejudicará o Segurado.

16.1.4 No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

É expressamente vedado ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.

16.1.5 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.

16.1.6 É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

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 solicitação do Segurado Principal.

16.1.7 O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante/Subestipulante e/ou Consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio.

Se a data de vencimento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

Servirá 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.

Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante/Subestipulante, nos prazos estipulados nas Condições Contratuais implicará na suspensão da cobertura do Seguro, conforme definido no item 21.1.

17 Recálculo da Taxa do Seguro

A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada, com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

17.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 11.6.**

Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.

18 Beneficiários

O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado Principal.

18.1.1 Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Deve ser observado que, não se pode instituir como Beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

No caso de morte do Segurado Dependente, incluído de forma automática, o Beneficiário será o Segurado Principal.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, Principal e Dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

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

O Beneficiário, no caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação (IFPD-Antecipação), Invalidez Funcional Permanente por Doença - Autônoma (IFPD-Autônoma), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Diagnóstico de Doença Grave (DDG), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG), Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) será automaticamente o próprio Segurado.

18.1.2 Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto no item 18.1.

Para as coberturas de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), o Beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante da Apólice, conforme definido nas condições contratuais, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado, comprovados o vínculo empregatício e as despesas rescisão.

Na cobertura de Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), em caso de opção pelo reembolso de despesas, os beneficiários deste seguro serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

18.1.3 Para a cobertura de Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos conforme disposto no item 20 destas Condições Gerais. **Neste caso, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.**

19 Liquidação de Sinistro

Em caso de Sinistro coberto por este Seguro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o evento à Seguradora, através dos canais de comunicação oferecidos por esta, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 19.4.

Na cobertura de Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC), tendo sido feita a opção pela prestação do serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesa com funeral.

A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada cobertura, conforme listados no item 19.4., contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização de no máximo 30 (trinta) dias, **não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.**

19.1.1 Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos no item 19.4., ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Sinistro, que voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

Cobertura	Eventos	Documentação Básica (legenda no item 19.1.2)
Morte Qualquer Causa (MQC)	Morte	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)	Morte Acidental	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	a), b), c), d), g), i), j), q), r), cc)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	Invalidez por Acidente	a), b), c), d), g), i), j), q), r), cc)
Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Antecipação (IFPD - Antecipação)	Invalidez Funcional por Doença	a), b), g), i), p), w), x), y), z), bb), cc)
Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença - Autônoma (IFPD - Autônoma)	Invalidez Funcional por Doença	a), b), g), i), p), w), x), y), z), bb), cc)
Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença (ILPD)	Invalidez Laborativa por Doença	a), b), g), i), j), p), bb), cc), dd), ee)
Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)	Invalidez	a), b), c), d), g), i), j), q), r), cc)
Diagnóstico de Doença Grave (DDG)	1º Diagnóstico	a), b), i), j), z)
Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)	Incapacidade Temporária de exercer atividade laborativa	a), b), i), aa), cc)

Cobertura	Eventos	Documentação Básica (legenda no item 19.1.2)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP)	Incapacidade Temporária de exercer atividade laborativa por Acidente	a), b), c), d), i), q), r), aa), cc)
Renda por Incapacidade Temporária (RIT)	Incapacidade Temporária de exercer atividade laborativa	a), b), i), aa), cc)
Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP)	Incapacidade Temporária de exercer atividade laborativa por Acidente	a), b), c), d), i), q), r), aa), cc)
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	a), b), c), d), h), i), j), l), q), r)
Despesas Médicas e Hospitalares decorrentes de Queimaduras e Fraturas (DMHQF)	Despesas por Acidente	a), b), c), d), h), i), j), q), r), ff), hh), ii)
Diárias por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIH-DG)	Internação Hospitalar decorrente de Doença Grave	a), b), i), j), ff), bb), gg)
Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI)	Internação Hospitalar decorrente em UTI	a), b), i), j), ff), bb), gg)
Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP)	Internação Hospitalar decorrente de Acidente	a), b), c), d), i), j), l), q), r), ff), gg)
Rescisão Contratual por Morte (RCM)	Morte	a), b), c), d), e), f), m), n), o), p), q), r)
Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)	Morte Acidental	a), b), c), d), e), f), m), n), o), p), q), r)
Despesas Diversas por Morte (DD)	Morte	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA)	Morte Acidental	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)	Morte	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Doença Congênita de Filhos (DCF).	Diagnóstico	a), b), i), j), z)
Auxílio Alimentação (AXA)	Morte	a), b), c), d), e), f), k), q), r)
Funeral por Morte Qualquer Causa (Funeral MQC)	Morte	a), b), c), d), e), f), k), q), r), s), t), u), v)

19.1.2 Legenda dos documentos comprobatórios da ocorrência do sinistro:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
- b)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF do Segurado e comprovante de residência;
- c)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- d)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e)** Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- f)** Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g)** Cópia autenticada da Declaração Médica do Segurado comprovando a Invalidez;
- h)** Comprovantes originais das despesas efetuadas aos prestadores de serviços médico-hospitalares e dos relatórios do médico assistente;

- i) Formulário Autorização de pagamento informando os dados bancários e Comprovante da conta bancária do Segurado;
- j) Relatório médico preenchido pelo médico assistente do segurado contendo a data do evento, diagnóstico e tratamento realizados;
- k) Documentos dos beneficiários:
 - k.1) Cônjuge: cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento, cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, formulário de autorização de pagamento, cópia simples do comprovante de residência, e comprovante da conta bancária;
 - k.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Cópia atualizada e autenticada da união estável por instrumento público, cópia simples do comprovante de residência, formulário de autorização de pagamento e comprovante da conta bancária;
 - k.3) Filhos: RG (se não houver, cópia autenticada da certidão de nascimento) e CPF, cópia simples do comprovante de residência, formulário de autorização de pagamento e comprovante da conta bancária;
 - k.4) Outros beneficiários: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, cópia simples do comprovante de residência, formulário de autorização de pagamento e comprovante da conta bancária;
 - k.5) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - k.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s); e
 - k.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem Beneficiários.
- l) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- m) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante ou Subestipulante, quando houver;
- n) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
- o) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- p) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho;
- q) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- r) Cópia da anamnese do hospital que prestou o primeiro atendimento logo após o acidente;
- s) Originais dos comprovantes das despesas com funeral;
- t) Se locado jazigo, cópia do contrato de locação de jazigo e originais dos comprovantes das despesas com locação de jazigo;

- u) Se efetuado repatriamento e/ou traslado de corpo, cópia autenticada do documento comprobatório bem como originais dos comprovantes de despesas com o repatriamento e/ou traslado;
- v) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência do custeador das despesas mencionadas realizadas;
 - v.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa;
 - v.2) Autorização de pagamento informando os dados bancários do custeador das despesas do funeral.
- w) Formulário assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do 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;
- x) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
- y) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo 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 no item **3.1.6** alíneas “f” e “g” e **3.1.7** alíneas “d” e “e”;
- z) 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 **3.1.6** alíneas “f” e “g” e **3.1.7** alíneas “d” e “e”;
- aa) Atestado médico original que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- bb) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- cc) Documento original, comprobatório do afastamento, expedido por órgão oficial da previdência, se houver;
- dd) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica 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 disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;
- ee) Documentos de concessão de aposentadoria por invalidez laborativa e/ou publicação no Diário Oficial;

- ff) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- gg) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- hh) No caso de fraturas, evidências radiológicas das mesmas e prontuário médico do primeiro atendimento; e
- ii) No caso de queimaduras, prontuário médico do primeiro atendimento, exames objetivos e relatório médico que comprovem as partes afetadas do corpo do Segurado e o tipo e grau da queimadura.

19.1.3 A critério da Seguradora poderão ser solicitados outros documentos ao Estipulante/Subestipulante para liquidação de sinistros.

19.1.4 A critério da Seguradora, e desde que negociado com o Estipulante/Subestipulante, poderão ser dispensados alguns documentos listados no item 19.4.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

19.1.5 Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.1.6 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido para a cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

Caso o pagamento do valor da indenização, quando devida, ultrapassar o prazo definido no item 19.3., o seu valor será atualizado monetariamente, observando-se a data de ocorrência do Sinistro, pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), com base no último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, e acrescido de juros moratórios à taxa de 12% (doze por cento) ao ano.

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

19.1.8 No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

A Seguradora deve, em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como com a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição de uma junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados em lei.

A(s) indenização(ões) das coberturas Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária em UTI (DIT-UTI), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (RIT-AP) e Renda por Incapacidade Temporária (RIT) serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Para as demais coberturas não previstas no item 19.12., a(s) indenização(ões) será(ão) paga(s) sob a forma de pagamento único.

20 Opção pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral

Quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, por não ser especialista na execução e prestação do Serviço de Assistência Funeral, providenciará os mesmos através de terceiros, mediante convênio ou de tratativas caso a caso.

Os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

A boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o Serviço de Assistência Funeral, na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

Ao se acionar o serviço de Assistência Funeral, deverá ser informado o nome do Segurado falecido, CPF e demais informações soletradas pela Central de Atendimento.

Após a realização do funeral do Segurado falecido, a família deverá entregar ao representante da prestadora do serviço de Assistência Funeral cópia autenticada da Certidão de Óbito, Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

Quando houver opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento posterior do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s).

O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

20.1.1 serviços solicitados pelos familiares ou pelo Segurado, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da Seguradora, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.

- 20.1.2 despesas decorrentes de confecção, manutenção e ou recuperação de jazigos.
- 20.1.3 sepultamento de membros.
- 20.1.4 confecção de lápide.
- 20.1.5 aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios).
- 20.1.6 reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares.
- 20.1.7 cremação.
- 20.1.8 pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro.
- 20.1.9 exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

21 Suspensão e Reabilitação do Seguro

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

- 21.1.1 Neste caso, a Seguradora não cobrará o prêmio referente ao período de suspensão do Segurado.
- 21.1.2 O período máximo de suspensão da cobertura é de 90 (noventa) dias, consecutivos ou alternados, a contar do 1º (primeiro) dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança. Após este prazo, o Seguro será cancelado, conforme item 22.1.

No caso da retomada do pagamento dos prêmios, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento, passando a Seguradora a responsabilizar-se pelos sinistros ocorridos a partir de então.

22 Cancelamento do Seguro

Caso até o prazo de 90 (noventa) dias, consecutivos ou alternados, contados da data do vencimento do prêmio, não seja retomado o pagamento dos prêmios em atraso, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer indenização para evento ocorrido, bem como não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

- 22.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.
- 22.1.2 Nos seguros não-contributários, a Seguradora notificará o Estipulante/Subestipulante com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

As apólices não poderão ser canceladas durante as suas vigências pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Durante a vigência o Seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto nas seguintes situações:

22.1.3 Em caso descumprimento das obrigações previstas no item 25 por parte do Estipulante/Subestipulante, em que a Seguradora poderá rescindir o seguro mediante aviso prévio de 30 dias;

22.1.4 No caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante/Subestipulante, em que o Seguro será automaticamente rescindido; e

22.1.5 Falta de pagamento do prêmio conforme constante no item 22.1.

No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante/Subestipulante.

O Estipulante/Subestipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expreso consentimento dos segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

23 Cessaçã o da Cobertura Individual

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente ao final do prazo de Vigência da Cobertura Individual, indicado no Certificado Individual ou, caso ocorra antes, ao final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado Principal cessa, ainda:

23.1.1 Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante/Subestipulante;
ou

23.1.2 Quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice; ou

23.1.3 Quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; ou

23.1.4 Quando ocorrer o óbito ou Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença, se cobertura por antecipação, ou Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença do Segurado Principal, com a antecipação de 100% do capital segurável pagável por Morte.

Dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, sem direito a restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

23.1.5 No caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, a responsabilidade pela veracidade das informações e boa-fé, estende-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos seus beneficiários e aos seus respectivos representantes.

Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

23.1.6 Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar de Inclusão de Dependentes;

23.1.7 Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;

23.1.8 Com a morte ou Invalidez Funcional, Permanente e Total por Doença, se cobertura por antecipação, ou Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença, com a antecipação de 100% do capital segurável pagável por Morte, do Segurado Principal;

23.1.9 No caso de cessação da condição de dependente;

23.1.10 A pedido do Segurado Principal, na hipótese de inclusão facultativa do Segurado Dependente;

23.1.11 Com a inclusão do Segurado Dependente no grupo como Segurado Principal.

23.1.12 A cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves cessará automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos, data que também se extinguirá a cobrança de prêmio da respectiva cobertura.

23.1.13 A cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI cessará automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos, data que também se extinguirá a cobrança de prêmio da respectiva cobertura.

24 Perda do Direito à Indenização

O Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja, de sua parte ou de seus prepostos, seus beneficiários ou seu corretor de seguros:

24.1.1 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;

24.1.2 Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice que acarretem agravamento do risco coberto;

24.1.3 Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda, agravando intencionalmente o risco ou as suas consequências;

24.1.4 Se houver, intencionalmente, o agravo do risco segurado.

Nulo será o Contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual, ou da sua reabilitação depois de suspenso.

O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes da reabilitação do Seguro.

Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

24.1.5 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.

24.1.6 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

24.1.7 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento da indenização integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

O Segurado perderá o direito à Indenização se agravar intencionalmente o risco.

Cabe ao Segurado, logo que saiba, informar à Seguradora, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.1.8 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, reduzir o Capital Segurado ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

25 Obrigações do Estipulante, Subestipulante e do Consignante

Constituem obrigações do Estipulante, Subestipulante e do Consignante:

25.1.1 Observar os prazos de envio de informações à Seguradora, bem como outros procedimentos operacionais previstos no Contrato.

25.1.2 Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

25.1.3 Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.

25.1.4 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro.

25.1.5 Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade.

- 25.1.6 Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 25.1.7 Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.
- 25.1.8 Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro no grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 25.1.9 Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
- 25.1.10 Fornecer à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 25.1.11 Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante/Subestipulante.
- 25.1.12 Comunicar, de imediato, à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.
- 25.1.13 Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado.

Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante/Subestipulante às cominações legais.

Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Para fins deste Seguro não é considerado Estipulante ou Subestipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito Proposta de Contratação, tenha sua participação restrita à condição de Consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo Segurado e o conseqüente repasse em favor da Seguradora.

26 Regime Financeiro

O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, sendo que neste regime não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados, Beneficiários ou Estipulante/Subestipulante.

27 Excedente Técnico

Quando previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário 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.

O Excedente Técnico será um percentual definido pela Seguradora e pago ao responsável pelo custeio do Seguro.

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

Serão considerados os seguintes critérios para apuração do Excedente Técnico:

27.1.1 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;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores; e
- d) estorno do valor dos sinistros pendentes no período de apuração anterior e que foram pagos no período atual de apuração.

27.1.2 Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- 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 pagos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) valor total dos sinistros pendentes de pagamento, avisados no período de apuração;
- f) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculado na data de apuração do excedente técnico referente à Apólice;
- g) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- h) despesas efetivas da administração, acordadas com o Estipulante/Subestipulante no Contrato de Seguro.

27.1.3 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o respectivo pagamento para os sinistros pagos;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

O percentual de reversão de excedente técnico constará nas Condições Contratuais.

A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da Apólice, até a data da distribuição do excedente técnico.

Para os casos previstos no item 27.3., deverá ser incluído no Certificado Individual informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

28 Material de Divulgação

A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante/Subestipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante ou corretor de Seguro, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, bem como os dispositivos contidos na Apólice e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

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

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.

29 Foro

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário ou Estipulante/Subestipulante e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, do Beneficiário ou do Estipulante/Subestipulante, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso.

30 Comunicação entre as Partes

As comunicações entre a Seguradora e o Segurado, ou vice e versa, serão válidas quando forem feitas por meios físicos ou remotos.

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

Porto Alegre, 19 de junho de 2024.

Rodrigo Pecoraro

Rodrigo de Castro Fernandes Pecoraro
Diretor designado como responsável pelas relações com a SUSEP, nos termos do art. 1º, I, da Circular SUSEP nº 234/2003

Eliana Schwingel Diederichs

Eliana Schwingel Diederichs
Diretora Executiva de Planejamento Estratégico e Compliance

ANEXO I - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente

As percentagens especificadas serão aplicadas sobre o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) vigente na data do acidente, **não** prevalecendo qualquer aumento efetuado posteriormente.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	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
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
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose 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	09
	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	09	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
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros ou mais	10	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros: Sem indenização.	Sem indenização.
	Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo			

ANEXO II – TABELAS IAIF

COBERTURAS ADICIONAIS DE

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO (IFPD – ANT) INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (IFPD – AUT)

O IAIF é composto por duas tabelas.

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º Grau:	
	O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º Grau:	
	O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e de cognição.	10
	3º Grau	
	O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental;	20
Condições Clínicas e estruturais do Segurado	1º Grau:	
	O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Condições Clínicas e estruturais do Segurado	<p>2º Grau:</p> <p>O Segurado apresenta disfunção (ões) e/ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
	<p>3º Grau</p> <p>O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.</p>	20
Conectividade do Segurado com a vida	<p>1º Grau:</p> <p>O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2º Grau:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
	<p>3º Grau:</p> <p>O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistências alimentar diárias.</p>	20

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 (quarenta).	02
Há riscos de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08