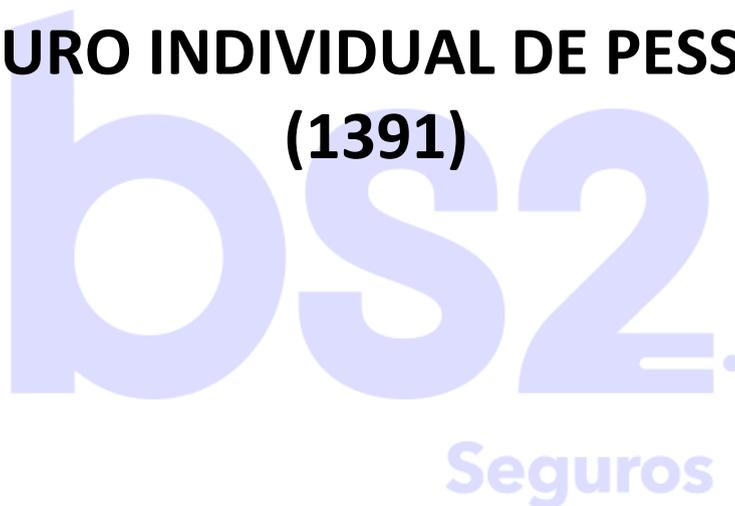


CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO INDIVIDUAL DE PESSOAS (1391)



Sumário

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. RISCOS COBERTOS	6
5. RISCOS EXCLUÍDOS	7
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO RISCO	8
8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	10
9. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	10
10. EMISSÃO DA APÓLICE	11
11. CARÊNCIA	11
12. FRANQUIA	11
13. CAPITAL SEGURADO	11
14. PRÊMIO DO SEGURO	11
15. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
16. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO	13
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	13
18. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE	13
19. BENEFICIÁRIOS	13
20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	14
21. TÉRMINO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	15
22. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	16
23. PRESCRIÇÃO	17
24. FORO	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS	18
1. CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE	18
2. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	20
3. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	25
4. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE (ADPTINV-A)	28
5. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES	33
6. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	37
7. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	42
8. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	45
9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL	49

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS

1.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

1.2. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) coberturas e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

3. DEFINIÇÕES

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 independentemente 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, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de 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.

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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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, definido na alínea “d” anterior.

Agravamento de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Ambiente Hospitalar: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas.

Apólice: É Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

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

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice/ Certificado Individual ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

Condições Contratuais: : É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

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

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal e Saúde: Documento formal integrante da Proposta de Contratação e/ou resultante da Entrevista (por telefone ou vídeo chamada) em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro. A Entrevista (por telefone ou vídeo chamada) é realizada por médicos e/ou enfermeiros especializados.

Doenças ou Lesões Preexistentes: Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação e/ou Entrevista (por telefone ou vídeo chamada).

Endosso: Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Hospital: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

Não se entendem como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou ainda local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

Má-fé: Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc).

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Prêmio do Seguro: É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Proposta: É documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais;

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Risco coberto: É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

Tele Entrevista (por telefone ou vídeo chamada): Processo de avaliação para aceitação do risco do seguro de vida feita por intermédio de entrevistas telefônicas, realizadas por médicos e/ou enfermeiros especializados.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.2. As coberturas que poderão ser contratadas mediante a livre escolha do segurado e aceitação da Seguradora conforme segue:

- a) Morte (M);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – (IPA);
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente – (IPTA);
- d) Adaptação de Casa e/ou Veículo - (ADPT);
- e) Diagnóstico de Doenças Graves –(DDG);
- f) Diária de Internação Hospitalar – (DIH);
- g) Desemprego Involuntário – (DI);
- h) Incapacidade Física Total Temporária - (ITT);
- i) Auxílio Funeral – (AF).

4.2.1. A cobertura Adicional de IFPD - Invalidez Permanente Funcional por Doença, **somente poderá ser contratada quando contratada a cobertura de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente.**

4.2.2. As coberturas Adicionais de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente **não se acumulam, contudo, podem ser contratadas de forma conjugada.**

4.2.3. As coberturas Adicionais de IFPD - Invalidez Permanente Funcional por Doença e ILPD Invalidez Permanente Laboral por Doença - **não se acumulam, contudo, podem ser contratadas de forma conjugada.**

4.3. O proponente deverá selecionar ou informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que irá contratar.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de contratação ou na entrevista (por telefone ou vídeo chamada) para avaliação das condições de saúde do segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

- i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- k) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

6.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO RISCO

7.1. celebração, alteração ou renovação não automática deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

7.1.1. Quando do recebimento da proposta, A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.2. A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2.1. A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 7.3.2 e 7.3.3.

7.2.1.1. A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de entrevista (por telefone ou vídeo chamada) ou preenchimento de formulários da Seguradora.

7.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da proposta para manifestar-se expressamente sobre a sua aceitação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.3.1. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo previsto no subitem 7.3. substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora.

7.3.2. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.3.3. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.3.2, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

7.4. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 7.3. anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

7.4.1. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

7.5. Quando ocorrer a recepção da proposta com pagamento total ou parcial do prêmio, será concedido uma cobertura provisória ao proponente até a data da manifestação expressa da sua aceitação, e quando aceita, o período de cobertura provisória será incorporado na vigência efetiva da apólice.

7.5.1. Em caso recusa do risco a cobertura provisória será encerrada automaticamente as 24:00 (vinte quatro) horas da data da comunicação da recusa, onde o valor do prêmio pago será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória.

7.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.

7.6.1. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos anteriormente caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.7. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no subitem 7.3., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista no subitem 7.6.1.

7.8. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

7.8.1. 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, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.8.1.1. 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.

7.9. A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

8.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

8.2. A apólice de Seguro, será emitida baseada nas informações prestadas na proposta pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.3. Se os dados da Apólice de Seguro estiverem diferentes dos informados na contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice de Seguro emitida.

8.4. Nos Seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão da Apólice de Seguro.

8.4.1. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

8.4.2. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

8.4.3. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

8.4.4. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1. A apólice vigorará por um período mínimo de 12 (doze) meses e máximo de 60 (sessenta) meses e poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

9.2. O início de vigência será às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da proposta pela Seguradora, ou outra data posterior, se solicitado pelo proponente, condicionado à realização da entrevista (por telefone ou vídeo chamada) com o Proponente e sujeita a aceitação do risco pela Seguradora devidamente ratificada na Apólice.

9.2.1. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.

9.2.2. A cada renovação será enviada uma nova apólice ao segurado.

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

9.4. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Segurado.

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

10. EMISSÃO DA APÓLICE

A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, do endosso serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta

11. CARÊNCIA

As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais da cobertura contratada, e ratificadas na apólice

12. FRANQUIA

As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais da cobertura contratada e ratificadas na apólice.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.

13.2. O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização Monetária.

13.3. O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação

14. PRÊMIO DO SEGURO

14.1. A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

14.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim.

14.3. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

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

14.3.2. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice.

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

14.5. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:

15.1.1. A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

15.1.2. A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 15.1.2.2. a seguir, esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

15.1.2.1. O prazo para o pagamento dessa parcela do **prêmio em atraso será de até 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento original.**

15.1.2.2. O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,10% (zero virgula dez por cento) ao dia.

15.1.2.3. Toda e qualquer parcela do prêmio não paga até os 60º (sexagésimo) dia do seu vencimento, poderá ser cobrada judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, não havendo possibilidade de reabilitação.

15.2. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 60 (sessenta) dias da data do vencimento original, acarretará o cancelamento automático da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

17.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 (doze) meses, verificado 60 (sessenta) dias anteriores ao mês de aniversário anual do seguro conforme exemplo a seguir:

- Início de vigência: mês de março de 2022
- Mês da atualização monetária: mês de março de 2023
- IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

17.2. A atualização de valores relativos a prêmios e Capital Segurado observará a legislação específica vigente.

18. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE

18.1. Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item “Atualização Monetária”, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

18.1.1. A nova taxa do seguro será aplicada em conjunto com a atualização do capital segurado.

18.2. Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

19.2. O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

19.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

19.2.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago de acordo com a legislação em vigor.

19.3. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Permanente Funcional por Doença, Invalidez Permanente Laboral por Doença, Adaptação de Casa e/ou Veículo, Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Diagnóstico de Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar em UTI e Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal ou seu representante legal.

19.4. No caso da cobertura de Auxílio Funeral, o beneficiário do reembolso das despesas com o funeral, será a pessoa responsável pelo pagamento do funeral, mediante a apresentação de comprovantes originais das despesas efetuadas.

20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

20.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível informado na Apólice.

20.1.1. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário.

20.1.2. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

20.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

20.2.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares.

20.2.2. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 18.2. anterior será suspenso, voltando a ser contado a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

20.2.3. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 20.2 e 20.2.1., a Seguradora pagará multa de 1% (um por cento) e juros de mora de 0,10% (zero virgula dez por cento) ao dia, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.2.3.1. O pagamento de 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.

20.3. Junta Médica

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

20.3.1.1. A junta médica será constituída por 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 tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

20.4. Perícia da Seguradora

20.4.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

20.4.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

20.4.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

21. TÉRMINO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. Ocorrerá o término da cobertura e cancelamento do seguro:

- a) com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;
- c) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- d) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;

- e) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
- f) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no Item “Cancelamento do Seguro por Falta de Pagamento”.

21.1.1. Além das hipóteses já elencadas, as coberturas de Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento quando contratadas, **cessarão quando o segurado completar 70 (setenta) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.**

22. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

22.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- e) não fornecimento da documentação solicitada.

22.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

22.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea “a” do subitem 19.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - a) cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o 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.

23. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

4.1.1. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com o gênero do segurado.

Reajuste Anual											
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0	39	8,90%	6,90%	64	10,10%	10,60%	89	9,10%	12,10%
15	3,00%	8,30%	40	10,70%	7,80%	65	10,70%	10,60%	90	8,80%	11,50%
16	3,20%	7,70%	41	12,10%	8,40%	66	11,20%	10,40%	91	8,60%	10,80%
17	3,10%	7,70%	42	13,10%	9,00%	67	11,60%	10,20%	92	8,30%	10,10%
18	3,50%	7,70%	43	13,80%	9,60%	68	11,80%	10,10%	93	8,00%	9,40%
19	4,00%	7,20%	44	13,90%	9,80%	69	11,90%	10,20%	94	7,70%	8,70%
20	4,30%	7,20%	45	13,60%	10,20%	70	11,80%	10,60%	95	7,50%	8,00%

Reajuste Anual											
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
21	4,40%	6,40%	46	13,00%	10,60%	71	11,60%	11,20%	96	7,20%	7,40%
22	4,80%	6,40%	47	12,40%	10,60%	72	11,40%	11,80%	97	7,00%	6,80%
23	4,80%	6,40%	48	11,60%	10,90%	73	11,10%	12,40%	98	7,00%	6,50%
24	5,00%	5,70%	49	11,00%	10,80%	74	10,90%	12,80%	99	7,20%	6,70%
25	4,40%	5,80%	50	10,40%	10,80%	75	10,70%	13,00%	100	7,60%	7,00%
26	4,10%	5,20%	51	9,90%	10,60%	76	10,70%	13,10%	101	8,20%	7,60%
27	3,50%	4,70%	52	9,40%	10,30%	77	10,60%	13,10%	102	8,70%	8,30%
28	2,80%	4,20%	53	9,00%	10,20%	78	10,60%	13,00%	103	9,30%	9,00%
29	2,10%	3,80%	54	8,60%	10,00%	79	10,50%	13,00%	104	9,90%	9,80%
30	1,40%	3,70%	55	8,20%	9,90%	80	10,50%	13,00%	105	10,40%	10,50%
31	1,10%	3,40%	56	7,90%	9,80%	81	10,40%	13,10%	106	10,80%	11,10%
32	0,50%	3,00%	57	7,60%	9,80%	82	10,30%	13,10%	107	11,20%	11,60%
33	0,50%	3,00%	58	7,30%	9,70%	83	10,10%	13,00%	108	11,50%	12,00%
34	0,50%	3,30%	59	7,40%	9,80%	84	10,00%	13,00%	109	11,70%	12,30%
35	0,60%	3,50%	60	7,70%	10,00%	85	9,80%	12,90%	110	11,80%	12,50%
36	2,50%	4,30%	61	8,20%	10,20%	86	9,60%	12,80%	111	11,80%	12,60%
37	4,50%	5,10%	62	8,80%	10,40%	87	9,50%	12,70%	112	11,80%	12,70%
38	6,60%	5,90%	63	9,50%	10,60%	88	9,30%	12,50%	113	11,80%	12,60%

5. CARÊNCIA

5.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência máxima de até 180 (cento e oitenta) dias.

5.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação e na apólice do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;

- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

2. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10 destas condições especiais), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item capital segurado das Condições Gerais.

Caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.

1.1.1. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

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

1.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.8. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
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

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

3. FRANQUIA

Não Há

4. CARÊNCIA

Não haverá aplicação de período de Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

5.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

3. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 6.1 destas condições), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item capital segurado das Condições Gerais, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital será escolhido pelo Segurado e estará especificado na Apólice o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice de Seguro.

2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal nas Definições e nos RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4. FRANQUIA

Não Há

5. CARÊNCIA

Não haverá aplicação de período de Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

6.1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

7. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

7.1. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores;**
- c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
- d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;**
- f) **Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
- g) **Perda total do uso de ambos os pés; ou**
- h) **Alienação mental total incurável.**

7.2. 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).

7.3. 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.

7.4. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado, seu representante ou corretor de seguros, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro nos canais disponíveis e orientados pela seguradora.

8.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

8.2.1. A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

8.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

8.4. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f) Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados.

8.5. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

8.5.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica.

9.1.1. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é 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 honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

9.2. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

4. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE (ADPTINV-A)

1. OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular tenha invalidez permanente total ou parcial acidente, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula e as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

2.3. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

2.5. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.6. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. 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:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
- e) do início de vigência individual do seguro; ou**

- f) 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;
- g) 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;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) 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;
- l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- n) Acidente Vascular Cerebral;
- o) 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;
- p) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- q) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- r) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências 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.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal coberto, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice e enquanto se mantiver vigente.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens “Término da Cobertura e Cancelamento do Seguro Perda do Direito a Indenização” das Condições Gerais.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item procedimentos em caso de sinistro, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

5. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, 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 cobertas contratadas para fins deste 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.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

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

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo 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.

1.4.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.4.1.1. 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).

1.4.1.2. Riscos Cobertos:

1.4.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.4.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.4.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.4.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma micro invasivo da mama;
- g) Carcinoma micro invasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.4.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

1.4.2.2. Risco Coberto: 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.

1.4.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.4.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.4.3.1. 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.

1.4.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.4.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.4.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.4.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.4.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.4.4.2.

1.5. O Capital Segurado da cobertura de 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.

1.6. A cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 70 (setenta) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

1.7. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência mínima de 30 (trinta) dias e máxima de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura e descritos na apólice.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

4.1.1. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves, de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual							
Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,40%	39	7,40%	64	7,40%		
15	3,10%	40	10,60%	65	4,60%		
16	3,00%	41	10,10%	66	4,90%		
17	2,90%	42	9,70%	67	5,10%		
18	2,70%	43	9,30%	68	5,40%		
19	2,60%	44	9,00%	69	5,70%		
20	1,00%	45	10,30%	70	2,80%		
21	1,00%	46	9,90%				
22	1,00%	47	9,50%				
23	1,00%	48	9,20%				
24	0,90%	49	8,90%				
25	5,30%	50	9,90%				
26	5,00%	51	9,30%				
27	4,80%	52	8,90%				
28	4,70%	53	8,50%				
29	4,50%	54	8,20%				
30	8,10%	55	7,90%				
31	7,50%	56	7,60%				
32	7,00%	57	7,50%				
33	6,50%	58	7,30%				
34	6,20%	59	7,20%				
35	10,20%	60	7,00%				
36	9,30%	61	7,10%				
37	8,60%	62	7,20%				
38	7,90%	63	7,30%				

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;

- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

6. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, 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.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

1.2.1. 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.

1.2.1.1. Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos capitais segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar **cessará, automaticamente, quando o segurado 70 (setenta) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- b) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) 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;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) 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
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência mínima de 30 (trinta) dias e máxima de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura e descritos na apólice.

4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia mínima de 12 (doze) horas e máxima de 5 (cinco) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

6.1.1. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diária por Internação Hospitalar.

Idade	Ajuste Anual até 30 dias	Ajuste Anual até 60 dias	Ajuste Anual até 90 dias	Ajuste Anual até 120 dias	Ajuste Anual até 180 dias	Ajuste Anual até 240 dias	Ajuste Anual até 300 dias	Ajuste Anual até 360 dias
14	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	16,90%	11,50%	15,80%	7,70%	6,70%	6,70%	6,20%	5,10%
16	14,50%	10,40%	13,70%	7,20%	6,30%	6,30%	5,90%	4,90%
17	12,70%	9,40%	12,10%	6,70%	5,90%	5,90%	5,60%	4,70%
18	11,30%	8,70%	10,80%	6,30%	5,60%	5,60%	5,30%	4,50%
19	10,20%	8,00%	9,80%	6,00%	5,30%	5,30%	5,10%	4,30%
20	10,30%	9,00%	10,80%	7,00%	5,40%	5,10%	4,80%	4,20%
21	10,40%	10,00%	11,80%	8,00%	5,50%	4,90%	4,60%	4,00%
22	10,50%	11,00%	12,80%	9,00%	5,60%	4,60%	4,40%	3,90%
23	10,60%	12,00%	13,80%	10,00%	5,70%	4,50%	4,30%	3,70%
24	10,70%	13,00%	14,80%	11,00%	5,80%	4,30%	4,10%	3,60%
25	10,80%	14,00%	15,80%	12,00%	5,90%	4,10%	4,00%	3,50%
26	10,90%	15,00%	16,80%	13,00%	6,00%	4,00%	3,80%	3,40%
27	11,00%	16,00%	17,80%	14,00%	6,10%	3,80%	3,70%	3,30%
28	11,10%	17,00%	18,80%	15,00%	6,20%	3,70%	3,60%	3,20%

Idade	Ajuste Anual até 30 dias	Ajuste Anual até 60 dias	Ajuste Anual até 90 dias	Ajuste Anual até 120 dias	Ajuste Anual até 180 dias	Ajuste Anual até 240 dias	Ajuste Anual até 300 dias	Ajuste Anual até 360 dias
29	11,20%	18,00%	19,80%	16,00%	6,30%	3,60%	3,50%	3,10%
30	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	3,50%	3,40%	3,00%
31	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	3,40%	3,30%	3,00%
32	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	3,30%	3,20%	2,90%
33	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	3,20%	3,10%	2,80%
34	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	3,10%	3,00%	2,70%
35	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	3,00%	2,90%	2,70%
36	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	2,90%	2,90%	2,60%
37	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	2,90%	2,80%	2,60%
38	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	2,80%	2,70%	2,50%
39	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	2,70%	2,70%	2,50%
40	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	2,70%	2,60%	2,40%
41	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	2,60%	2,50%	2,40%
42	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	2,60%	2,50%	2,30%
43	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	2,50%	2,40%	2,30%
44	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	2,40%	2,40%	2,20%
45	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	2,40%	2,30%	2,20%
46	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	2,40%	2,30%	2,20%
47	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	2,30%	2,30%	2,10%
48	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	2,30%	2,20%	2,10%
49	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	2,20%	2,20%	2,00%
50	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,10%	2,00%
51	2,20%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,00%
52	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	1,90%
53	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,10%	2,00%	1,90%
54	2,10%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	1,90%
55	3,30%	3,30%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	1,90%
56	3,20%	3,20%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	1,90%	1,80%
57	3,10%	3,10%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,80%
58	3,00%	3,00%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,80%
59	3,00%	2,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,80%
60	4,20%	2,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%	1,80%	1,70%
61	4,00%	2,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,70%
62	3,90%	2,70%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,70%
63	3,70%	2,70%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,70%	1,70%
64	3,60%	2,60%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,70%	1,60%
65	9,00%	2,60%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,60%
66	8,30%	2,50%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,60%
67	7,70%	2,40%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,60%
68	7,20%	2,40%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,60%	1,60%
69	6,70%	2,40%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,50%
70	6,30%	2,30%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,50%

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1. No caso da cobertura de Diária por Internação Hospitalar prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

7. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquias, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

2. DEFINIÇÕES:

Configura a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

3. ELEGIBILIDADE:

3.1. Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador descritos no Bilhete de Seguro, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

3.1.1. O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.2. Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

3.3. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador conforme descrito no Bilhete de Seguro, entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Aposentadorias;
- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;

- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i) Falência;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- l) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- m) Acordo entre empregado e empregador;
- n) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- o) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- p) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;
- q) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- r) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

Seguros

5.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) a quantidade de até “x” prestações de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, **observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo descritos no Bilhete de Seguro.**
- b) ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. FRANQUIA

FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

7. CARÊNCIA

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- f) Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
- g) Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.
- h) Cópia no Bilhete de Seguro.

8.2. Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de parcelas sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

9.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

8. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, em caso de afastamento temporário da ocupação profissional habitual do segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

2. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) **Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- b) **Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;**
- c) **Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- d) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) **Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- f) **Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- g) **Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- h) **Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.**
- i) **Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado;**
- j) **Hospitalização para check-up;**
- k) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;**
- l) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões 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.**
- m) **Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;**
- n) **Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual,**
- o) **Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- p) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- q) **Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";**
- r) **Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) à quantidade de até “x” prestações a serem pagas ao segurado de acordo com o período de meses em que o mesmo permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.**
- b) ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

5. FRANQUIA

FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

6. CARÊNCIA

6.1. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

6.1.1. O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

6.1.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.1.1. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Incapacidade Física Total Temporária.

Idade	Taxa	Idade	Taxa	Idade	Taxa
19	0,00%	38	7,50%	57	1,16%
20	60,00%	39	5,81%	58	1,53%

Idade	Taxa	Idade	Taxa	Idade	Taxa
21	25,00%	40	6,59%	59	1,88%
22	10,00%	41	6,19%	60	1,88%
23	4,55%	42	6,80%	61	1,88%
24	8,70%	43	7,27%	62	1,88%
25	16,00%	44	6,78%	63	1,88%
26	10,34%	45	7,94%	64	1,88%
27	12,50%	46	8,82%	65	1,88%
28	11,11%	47	8,78%	66	1,88%
29	7,50%	48	8,70%	67	1,88%
30	11,63%	49	9,71%	68	1,88%
31	8,33%	50	5,21%	69	1,88%
32	9,62%	51	5,45%	70	1,88%
33	7,02%	52	5,63%	71	1,88%
34	8,20%	53	5,78%	72	1,88%
35	7,58%	54	5,88%	73	1,88%
36	5,63%	55	1,19%	74	1,88%
37	6,67%	56	1,57%		

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Comprovação da Incapacidade

- O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.
- Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica de acordo com o Item 9.6. das Condições Gerais.

8.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

- d) Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão – acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro – acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s).

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de até “x” parcelas sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

9.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada pelo segurado, observado o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Essa cobertura tem como objetivo garantir o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.1.1. A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.2. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Auxílio Funeral:

- a) Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;**
- b) Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil ou exterior.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência mínima de 30 (trinta) dias e máxima de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura e descritos na apólice.

4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

5.1.1. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Auxílio Funeral de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual											
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0,00%	0,00%	39	0,00%	0,00%	64	0,00%	0,00%	89	0,00%	0,00%
15	2,10%	4,50%	40	6,50%	5,70%	65	9,80%	10,30%	90	9,00%	11,90%
16	2,00%	4,70%	41	8,00%	6,40%	66	10,40%	10,30%	91	8,80%	11,40%
17	1,90%	4,90%	42	9,20%	7,10%	67	10,90%	10,20%	92	8,50%	10,70%
18	2,10%	4,80%	43	10,20%	7,70%	68	11,20%	10,00%	93	8,20%	10,00%
19	2,30%	4,80%	44	10,90%	8,10%	69	11,50%	10,00%	94	8,00%	9,30%
20	2,50%	4,90%	45	11,20%	8,60%	70	11,60%	10,20%	95	7,70%	8,60%
21	2,70%	4,60%	46	11,30%	9,00%	71	11,50%	10,60%	96	7,40%	8,00%
22	3,00%	4,70%	47	11,00%	9,30%	72	11,40%	11,10%	97	7,20%	7,30%
23	3,00%	4,50%	48	10,60%	9,70%	73	11,10%	11,70%	98	7,10%	6,90%
24	3,20%	4,30%	49	10,20%	9,70%	74	10,90%	12,20%	99	7,10%	6,70%
25	3,10%	4,40%	50	9,80%	9,90%	75	10,70%	12,60%	100	7,30%	6,80%
26	3,10%	4,00%	51	9,40%	9,90%	76	10,60%	12,90%	101	7,70%	7,20%
27	2,70%	3,90%	52	9,00%	9,80%	77	10,60%	13,00%	102	8,20%	7,70%
28	2,40%	3,60%	53	8,60%	9,70%	78	10,50%	13,00%	103	8,80%	8,40%
29	2,00%	3,30%	54	8,30%	9,50%	79	10,50%	13,00%	104	9,30%	9,10%
30	1,50%	3,10%	55	8,00%	9,50%	80	10,40%	13,00%	105	9,90%	9,80%
31	1,20%	2,80%	56	7,70%	9,40%	81	10,40%	13,00%	106	10,40%	10,50%
32	0,80%	2,70%	57	7,40%	9,40%	82	10,30%	13,00%	107	10,80%	11,10%
33	0,70%	2,50%	58	7,20%	9,40%	83	10,20%	13,00%	108	11,20%	11,60%
34	0,50%	2,60%	59	7,10%	9,40%	84	10,00%	13,00%	109	11,40%	12,00%
35	0,50%	2,60%	60	7,20%	9,50%	85	9,90%	12,90%	110	11,60%	12,30%
36	1,20%	3,10%	61	7,50%	9,70%	86	9,80%	12,90%	111	11,80%	12,50%
37	1,90%	3,50%	62	7,90%	9,90%	87	9,60%	12,80%	112	11,80%	12,60%
38	3,40%	4,20%	63	8,50%	10,10%	88	9,40%	12,60%	113	11,80%	12,60%

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item "Procedimentos em caso de Sinistro" das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.

II. Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência.

- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- b) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

