



**ACIDENTES
PESSOAIS COLETIVO
MODULAR E
EVENTOS**
CONDIÇÕES GERAIS

CÓD2535 V1 ABR20



Prudential

Condições Gerais

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR E EVENTOS

Sumário

1. Objetivo do seguro	3
2. Eventos cobertos	3
3. Coberturas	3
4. Riscos excluídos	5
5. Âmbito territorial da cobertura	6
6. Idade do segurado	6
7. Vigência do seguro	6
8. Contratação do seguro	6
9. Aceitação do seguro	7
10. Alteração da apólice	8
11. Renovação	8
12. Consequências de declarações incorretas	9
13. Capital segurado	10
14. Pagamento do prêmio	10
15. Recálculo e reavaliação do prêmio	13
16. Carência	13
17. Franquia	13
18. Cancelamento	14
19. Procedimento em caso de sinistro	16
20. Capital segurado – data do evento	18
21. Junta médica	18
22. Perícia da seguradora	19
23. Cláusula beneficiária	19
24. Atualização dos valores do seguro	20
25. Obrigações do estipulante	20
26. Comunicações	21
27. Foro	22
28. Disposições finais	22
29. Glossário de termos técnicos	22

Condições Gerais

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR E EVENTOS

1. Objetivo do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros personalizados. **Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).**

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições gerais.
- 2.2. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado e/ou ao(s) beneficiário(s), a critério do indenizado, não sendo admitida a acumulação de coberturas.

3. Coberturas

3.1. As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básicas, adicionais e cláusulas suplementares, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas adicionais e das cláusulas suplementares.

3.1.1. Básicas:

- a) Morte Acidental;
- b) Morte Acidental em Evento Prazo Curto;
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal;
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal em Evento Prazo Curto.

3.1.2. Adicionais:

- a) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;

- b) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto;
- c) Diária por Internação Hospitalar – Acidente Pessoal;
- d) Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal;
- e) Diária por Incapacidade Temporária por Doença;
- f) Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal/Doença;
- g) Diária por Incapacidade Temporária – Tabela de Eventos;
- h) Auxílio-Funeral – Morte Acidental;
- i) Auxílio Cesta Básica – Morte Acidental;
- j) Diagnóstico de Câncer;
- k) Infarto do Miocárdio;
- l) Derrame Cerebral;
- m) Falência do Rim;
- n) Transplante de Órgão Vital;
- o) Paralisia.

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- a) Inclusão Automática de Cônjuges;
- b) Inclusão Facultativa de Cônjuges;
- c) Inclusão Automática de Filhos;
- d) Inclusão Facultativa de Filhos.

- 3.1. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais e suplementares, obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora e pela regulamentação e legislação vigentes.
- 3.2. O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado.

4. Riscos excluídos

- 4.1. Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) nem ao segurado, conforme o caso, o direito a qualquer recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive aqueles relativos a prêmios pagos:
- a) 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) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - c) ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que ele tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
 - d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;
 - e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
 - h) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - i) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências surjam durante a sua vigência;
 - j) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
 - k) perda de dentes e danos estéticos.

O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, conforme disposto no art. 798 do Código Civil.

4.2. Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de Acidentes Pessoais os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente pessoal coberto.

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

6. Idade do segurado

6.1. Para fins de cálculo do prêmio, deverá ser considerada a idade completa do segurado na data da assinatura da proposta de adesão ou da renovação, desprezando-se quaisquer frações de ano.

6.2. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estão estabelecidas no contrato de seguro, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.

6.3. O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão de seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

7. Vigência do seguro

7.1. O início e o término de vigência da cobertura individual do seguro são fixados no certificado individual de seguro.

7.2. As apólices, os certificados individuais de seguro e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das respectivas datas indicadas nestes documentos.

7.3. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual de seguro, se ela não for renovada.**

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

7.5. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8. Contratação do seguro

8.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

- 8.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 8.3. **Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.**
- 8.4. **Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data da sua emissão, que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.**
- 8.5. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma apólice para outra, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os segurados titulares afastados do trabalho desde que, no momento da cotação, eles tenham sido devidamente informados à seguradora, bem como as causas do afastamento.

9. Aceitação do seguro

- 9.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão, e dela constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 9.2. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 9.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
 - 9.3.1. A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação completa solicitada.
- 9.4. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
 - 9.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, 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. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

- 9.5. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, são permitidos, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal titular ou dependente.
- 9.6. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato de seguro e em cada uma das renovações subsequentes.
- 9.7. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.
- 9.8. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro. Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato de seguro para a aceitação de proponentes.

10. Alteração da apólice

- 10.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente ou estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância das partes contratantes.
- 10.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do grupo segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 10.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

11. Renovação

- 11.1. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar o contrato de seguro/certificado individual de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do contrato de seguro/certificado individual de seguro.**
- 11.2. **A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.**

A renovação automática não se aplica aos estipulantes que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

- 11.3. **Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial do contrato de seguro, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes.**

- 11.4. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.
- 11.5. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar o contrato de seguro, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

12. Consequências de declarações incorretas

- 12.1. Se o estipulante, o segurado, seu representante ou a corretora/corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou proposta de adesão, conforme o caso, ou no valor do prêmio, perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.
- 12.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:
 - 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(s) beneficiário(s), ou ainda 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.
- 12.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

- a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou
- b) descoberta, pela seguradora, de declarações incorretas graves ou omissões que disponham sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

12.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

12.4. 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.

12.4.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o certificado individual de seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

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

12.4.3. Na hipótese de continuidade do certificado individual de seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

13. Capital segurado

13.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

13.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado no contrato, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

13.2. Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado titular.

14. Pagamento do prêmio

14.1. O custeio poderá ser contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante.

14.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

- 14.3. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 14.4. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.
- 14.4.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.
- 14.5. **Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o certificado de seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado, e a cobertura não poderá ser reativada.** Havendo interesse do segurado ou do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.
- 14.6. A seguradora enviará comunicado, por correspondência, ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do contrato e certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.
- 14.7. **O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.**
- 14.8. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento, a título de prêmio do seguro, de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.
- 14.9. Caso o estipulante receba, com o prêmio, qualquer outro valor, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento o valor do prêmio de cada segurado.
- 14.10. O estipulante, nos seguros contributivos, salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado titular, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.
- 14.11. **Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.**
- 14.12. Em casos de cessação de cobertura em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/36
20	30/365
27	45/465
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

14.13. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14.14. **De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.**

- 14.15. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 14.5 ensejará o cancelamento do seguro.

15. Recálculo e reavaliação do prêmio

15.1. Recálculo

O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante e mediante anuência de, ao menos, três quartos do grupo segurado, caso gere ônus ou dever para o segurado, se ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influenciar a taxa.

- 15.1.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constará nas condições contratuais e será disponibilizada aos proponentes no momento da adesão ao seguro.

15.2. Reavaliação

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites serão reavaliadas anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-actuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isso será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas que gere ônus ou dever para o segurado durante a vigência da apólice, tal alteração deverá ser realizada por endosso à apólice, e sua efetivação dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16. Carência

- 16.1. Para as coberturas de Doenças Críticas (Diagnóstico de Câncer, Infarto do Miocárdio, Derrame Cerebral, Falência do Rim, Transplante de Órgão Vital e Paralisia) e Diária de Incapacidade Física Temporária e suas variações, a carência será definida no contrato de seguro/certificado de seguro individual, desde que não exceda metade do prazo de vigência da cobertura previsto nas condições especiais.
- 16.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes das coberturas de Acidentes Pessoais, exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado, situação para a qual há carência de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

17. Franquia

- 17.1. Se houver franquia estabelecida para determinada cobertura contratada, o seu período será definido na apólice e no certificado de seguro.
- 17.2. Franquia dedutível: se houver franquia dedutível estabelecida para determinada cobertura contratada, ela será definida na apólice.

- 17.3. Para as coberturas de Diária de Internação Hospitalar e as respectivas variações, Diária por Incapacidade Temporária e as respectivas variações, o período de franquia deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

18. Cancelamento

18.1. Cancelamento da apólice

A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa do corretor e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Nesse caso, a seguradora reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado ou a partir da data do efetivo cancelamento, se ocorrer por iniciativa da seguradora.

18.2. Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura

Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) se o segurado titular solicitar a sua exclusão da apólice;
- b) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se ela não for renovada;
- c) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- d) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, entendido este como ocorrido na data em que houver o desligamento do segurado do quadro de colaboradores do estipulante, o que se dará apenas após o decurso do prazo do aviso prévio previsto na legislação aplicável, ainda que indenizado, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- e) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 14.5;
- f) se ocorrer a morte do segurado;
- g) se o segurado agravar intencionalmente o risco;
- h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;

- j) se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- k) se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributivo. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais;
- l) quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;
- m) quando for pago o total do limite de indenização da apólice ou quando a utilização da respectiva cobertura acarretar exclusão do segurado da apólice, de acordo com seus termos e condições.

18.3. Cessação da cobertura para os segurados dependentes

Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas condições da apólice, a cobertura de cada segurado dependente cessará:

- a) se cancelada a respectiva cláusula suplementar;
- b) com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;
- c) no caso de morte do segurado titular;
- d) quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro do segurado titular, com a separação judicial, de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável; sendo que, quando for o companheiro, cessará também com a solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou se, de qualquer outro modo, houver a cessação da condição de dependente;
- e) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheiro(a);
- f) no caso de cessação da condição de dependente, prevista na forma de lei;
- g) quando o segurado dependente for filho ou dependente do segurado titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do imposto de renda;
- h) quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial, o divórcio dos cônjuges ou fim da união estável;
- i) quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou do pai;
- j) a pedido do segurado titular, por escrito, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;

k) a pedido do estipulante por escrito.

18.4. **As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

19. Procedimento em caso de sinistro

19.1. Ocorrido o sinistro, ele deverá ser comunicado, por escrito, à seguradora, pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s) indicado(s), logo que tome(m) conhecimento.

19.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

19.2.1. A indenização será realizada em parcela única.

19.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

19.4. Os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) **segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo);

b) **beneficiário:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (caso de cônjuge), certidão de nascimento (caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

4. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.
- 19.5. **Os demais documentos complementares estão definidos nas condições especiais deste seguro.**
- 19.6. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 19.7. **A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 19.4 e 19.5.**
- 19.8. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 19.4 e 19.5, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.
- 19.9. Se o segurado falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a seguradora pagará a indenização por morte ao(s) seu(s) beneficiário(s).
- 19.10. Se o segurado ficar total e permanentemente inválido durante a vigência do seguro, a seguradora pagará a indenização por invalidez ao próprio segurado. Se não for comprovada a invalidez permanente e total por acidente do segurado, a seguradora manterá o seguro em vigor como se nenhuma solicitação da indenização tivesse sido feita, e **o responsável pelo pagamento deverá continuar pagando os prêmios até o fim do período de pagamento do seguro para que as coberturas sejam mantidas.**
- 19.11. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 19.11.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 19.8 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento) aplicada de uma só vez.
- 19.12. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
- 19.12.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

- 19.13. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 19.14. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total por acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a cláusula beneficiária, constante no item 23 destas condições gerais. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total, verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.
- 19.15. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 19.16. **Em caso de tentativa do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.**

20. Capital segurado – data do evento

- 20.1. **A data do evento será determinada nas condições especiais deste seguro.**

21. Junta médica

- 21.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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.
- 21.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.
- 21.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 21.4. 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.
- 21.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
- 21.6. **Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a medicina.**

- 21.7. **Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

22. Perícia da seguradora

- 22.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 22.2. **Comprovado algum tipo de fraude à perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

23. Cláusula beneficiária

23.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental

23.1.1. **Esta cláusula é válida para a cobertura de Morte Acidental do segurado titular.**

23.1.2. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.

23.1.3. **Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado, desobrigando-se do pagamento da respectiva indenização.**

23.1.4. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

23.1.5. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a da indenização, o seguro será dividido em partes iguais.

23.1.6. Na hipótese de a morte do(s) beneficiário(s) indicados(s) ocorrer antes da morte do segurado titular ("premoriência"), a parte a ele(s) determinada será paga aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.1.7. Na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.1.8. Em caso de contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática/Facultativa de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado titular.

23.1.9. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles determinados pela legislação em vigor.

23.2. Os demais beneficiários estipulados para as demais coberturas estarão definidos nas condições especiais deste seguro.

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

24.1.1. Alternativamente ao critério de atualização pelo índice IPCA/IBGE, os novos valores de capitais segurados e prêmios poderão ser calculados em função de variação salarial praticada no período, informada pelo estipulante. Nesse caso, os respectivos prêmios e capitais segurados serão imediatamente adequados aos novos valores de salários, decorrentes de dissídio da categoria previsto em norma coletiva ou qualquer outro reajuste realizado pelo empregador.

24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados, inclusive aposentados e afastados do serviço ativo, para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

24.3. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

24.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
- b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
- c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

24.5. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela Susep (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

25. Obrigações do estipulante

São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e nas comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- m) entregar, assim que receber da seguradora, os certificados individuais aos segurados;
- n) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora.

26. Comunicações

- 26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice/certificado individual de seguro.

- 26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por eles, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

27. Foro

- 27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Disposições finais

- 28.1. O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.
- 28.2. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 28.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.
- 28.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.
- 28.5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 28.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor no site www.susep.gov.br por meio do número do registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 28.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.
- 28.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

29. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições contratuais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais e especiais.

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:

a) incluem-se nesse conceito:

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

b) excluem-se desse conceito:

- I. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
- II. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- IV. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido anteriormente.

ACIDENTES CARDIOVASCULARES: conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

ACIDENTES MÉDICOS: ocorrências nas quais ocorrem imprevistos (não intencionais), tais como quebra ou mau funcionamento de dispositivo ou aparelho durante procedimento médico, após implante ou durante o uso; reação anormal causada por medicamentos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos.

ANEURISMA: é uma dilatação vascular causada pela fraqueza da parede de uma artéria ou veia, que pode ser congênita ou adquirida.

ALIENAÇÃO MENTAL: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória,

destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APARELHO LOCOMOTOR: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante.

APOPLEXIA: cessação brusca e quase completa de todas as funções do cérebro, causada na maioria das vezes por uma hemorragia cerebral, por vezes por uma embolia ou trombose de uma artéria cerebral; caracteriza-se pela perda súbita da consciência, com persistência da circulação e da respiração.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por meio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada pelo segurado ou, na sua ausência, a pessoa determinada por lei para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto.

CAPITAL SEGUADO: importância máxima a ser paga ou reembolsada ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARDIOPATIA GRAVE: doença do coração assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CARÊNCIA: período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual de seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao valor da indenização. Esse período não poderá ser superior a 2 (dois) anos, bem como não poderá exceder metade da vigência do seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento emitido pela seguradora e destinado ao segurado, que confirma a aceitação de sua proposta de adesão à apólice coletiva.

CIÁTICA: dor radiante no trajeto do nervo ciático no membro inferior, com alteração motora e sensitiva.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto previsto nestas condições contratuais.

COGNIÇÃO: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

COMORIÊNCIA: morte de duas ou mais pessoas, ocorrida simultaneamente, sem que se possa, a rigor, determinar qual delas tenha falecido em primeiro lugar.

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado titular mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONECTIVIDADE COM A VIDA: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ESTADOS CONEXOS: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições contratuais.

EVENTO PRAZO CURTO: é o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido dentro do território nacional e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

EXCEDENTE TÉCNICO: resultado técnico positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, bem como seus dependentes.

GRUPO SEGURADO: conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

HÍGIDO: saudável.

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 convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO: é o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas condições gerais e contratuais.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas são garantidas pela seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital por período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: a transferência de apólice coletiva para outra seguradora, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

PRÊMIO: valor pago à seguradora para que ela assuma os riscos cobertos pelo seguro.

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PRESTADOR DE SERVIÇOS: profissionais não registrados com vínculo exclusivo com o estipulante por contrato ou documento contábil comprobatório à atividade prestada.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando ele for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio do seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, indica seus beneficiários e manifesta-se pelo conhecimento e pela aceitação do seguro e suas condições.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento no qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e os capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento de seus direitos e de suas obrigações nos termos estabelecidos nestas condições gerais, especiais e contratuais do seguro e sua concordância com eles.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADOS DEPENDENTES: cônjuge ou companheiro(a), filhos, enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro.

SEGURADO TITULAR: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante, cuja proposta de adesão à apólice foi aceita pela seguradora.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO COMPULSÓRIO: aquele no qual não há opção de o segurado não aderir ao seguro, ou seja, todo o grupo segurado fará parte do contrato do seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO FACULTATIVO: aquele no qual há a opção de adesão ou não pelo segurado no contrato de seguro coletivo.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade de o indivíduo se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

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

SINISTRO: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade de o segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro, indicado na apólice e/ou no certificado individual de seguro.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL (MA)

Sumário

1. Definições	30
2. Coberturas	30
3. Riscos excluídos	31
4. Âmbito territorial da cobertura	31
5. Capital segurado	31
6. Cessação da cobertura	32
7. Solicitação de indenização	32
8. Beneficiários	33
9. Disposições gerais	33

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL (MA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se somente ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.
 - 2.2.1. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com:
 - a) sepultamento ou cremação;
 - b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
 - c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
 - d) urna para o sepultamento;
 - e) coroa de flores;
 - f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
 - g) ornamentação de urna;
 - h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
 - i) mesa de condolências;
 - j) registro de óbito;

- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista; e
- m) assessoria para formalidades administrativas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) acidente vascular cerebral; e
- b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal; e
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
- d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
- f) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
- g) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- j) formul rio de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

k) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO (MAEPC)

Sumário

1. Definições	35
2. Coberturas	35
3. Riscos excluídos	36
4. Âmbito territorial da cobertura	36
5. Capital segurado	36
6. Cessação da cobertura	37
7. Solicitação de indenização	37
8. Beneficiário	38
9. Disposições gerais	38

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO (MAEPC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.
- 2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se somente ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.
 - 2.2.1. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com:
 - a) sepultamento ou cremação;
 - b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
 - c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
 - d) urna para o sepultamento;
 - e) coroa de flores;
 - f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
 - g) ornamentação de urna;
 - h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
 - i) mesa de condolências;
 - j) registro de óbito;
 - k) carro funerário;

- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas;

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) acidente vascular cerebral; e
- b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida somente se o evento causador da morte ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente pessoal coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
- d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
- f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) formul rio de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA)

Sumário

1. Definições	40
2. Coberturas	40
3. Riscos excluídos	43
4. Âmbito territorial da cobertura	44
5. Capital segurado	44
6. Cessação da cobertura	44
7. Solicitação de indenização	44
8. Beneficiário	45
9. Disposições gerais	45

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1 São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	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

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – diversos	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	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 metacarpi-ano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpi-ano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3	

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

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

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, “Junta médica”, das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, 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;**
- 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 no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**

- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
- c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;
- d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário;
- j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO (IPAEPCC)

Sumário

1. Definições	47
2. Coberturas	47
3. Riscos excluídos	50
4. Âmbito territorial da cobertura	51
5. Capital segurado	51
6. Cessação da cobertura	51
7. Solicitação de indenização	51
8. Beneficiário	52
9. Disposições gerais	52

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO (IPAEPG)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1 A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal em evento prazo curto coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	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

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – diversos	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3	

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente pessoal coberto, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga. A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

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

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, “Junta médica”, das condições gerais.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas 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;**
- 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 no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**

- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, sendo que o evento causador deverá ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenizaçã prevista nesta cobertura.

7. Solicitaçã de indenizaçã

- 7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenizaçã decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidaçã de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evoluçã do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

- b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
- c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- e) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- f) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente); e
- h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Sumário

1. Definições	54
2. Coberturas	54
3. Riscos excluídos	54
4. Âmbito territorial da cobertura	55
5. Capital segurado	55
6. Cessação da cobertura	55
7. Solicitação de indenização	55
8. Beneficiários	56
9. Disposições gerais	56

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, até o limite de capital contratado para esta cobertura, efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, e aquelas citadas no conceito de acidente pessoal, ambos constantes das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - b) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**

- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- f) luxações recidivas de qualquer articulação; e
- g) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:

- a) declaração da entidade hospitalar constando nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- b) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- c) notas fiscais originais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
- d) resultado dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, laudos e imagens);
- e) cópia autenticada da comunicação de acidente de trabalho (CAT), caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- f) receita médica;
- g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- h) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
- i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada tomador das pessoas.

7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento dessa indenização.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM EVENTO PRAZO CURTO (DMHOEPC)

Sumário

1. Definições	58
2. Coberturas	58
3. Riscos excluídos	58
4. Âmbito territorial da cobertura	59
5. Capital segurado	59
6. Cessação da cobertura	59
7. Solicitação de indenização	59
8. Beneficiários	60
9. Disposições gerais	60

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM EVENTO PRAZO CURTO (DMHOEPC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas em evento prazo curto, até o limite de capital contratado para esta cobertura, efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas em evento prazo curto incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, e aquelas citadas no conceito de acidente pessoal, ambos constantes das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**

- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- f) luxações recidivas de qualquer articulação;
- g) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para as despesas que ocorrerem em território brasileiro, sendo que o evento causador deverá ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitaçã de indenizaçã

- 7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulãrio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenizaçã decorrente da presente cobertura serã efetuado em atã 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) declaração da entidade hospitalar constando nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - c) notas fiscais originais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
 - d) resultado dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, laudos e imagens);
 - e) receita médica;
 - f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada tomador das despesas.
- 7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento dessa indenização.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ACIDENTE PESSOAL (DIHA)

Sumário

1. Definições	62
2. Coberturas	62
3. Riscos excluídos	63
4. Âmbito territorial da cobertura	63
5. Capital segurado	63
6. Cessação da cobertura	63
7. Solicitação de indenização	64
8. Beneficiários	65
9. Disposições gerais	65

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ACIDENTE PESSOAL (DIHA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, além dos termos a seguir.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor definido no contrato e no certificado individual de seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

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

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o pagamento do capital contratado proporcional ao período de internação do segurado, conforme definido na apólice para esta cobertura por dia de internação hospitalar, causada por acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A indenização a que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento.**
- 2.3. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato de seguro.
- 2.4. **O limite de diárias e o período de carência/franquia, que não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias contados da data do evento, estabelecidos para esta cobertura, serão fixados no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) hospitalizações para implantação de aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - c) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - d) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
 - e) hospitalizações para proceder à realização de cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para internação em território brasileiro, porém o evento causador do acidente pessoal coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido pela forma de diárias, independentemente das despesas efetuadas, e constará no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que gerou a internação hospitalar.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
- a) quando o segurado obtiver alta médica; e
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de internação.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação de indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico; na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - c) notas fiscais originais e/ou autenticadas, referentes às despesas com a internação;
 - d) relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
 - e) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
 - f) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
 - g) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
 - h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário;
 - j) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada tomador da despesa.
- 7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento dessa indenização.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

Sumário

1. Definições	67
2. Coberturas	67
3. Riscos excluídos	68
4. Âmbito territorial da cobertura	69
5. Capital segurado	69
6. Cessação da cobertura	70
7. Solicitação de indenização	70
8. Beneficiário	71
9. Disposições gerais	71

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor devido a partir do primeiro dia após o período de franquia, observado o limite contratual máximo por evento fixado no certificado individual de seguro, correspondente às diárias em que o segurado incorreu comprovadamente da incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado em virtude de impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer atividades relativas à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, decorrente de acidente pessoal coberto, desde que tal incapacidade seja comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, em decorrência de acidente pessoal coberto. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo, que não será superior a 15 (quinze) dias, por evento fixado nas condições gerais, especiais e no contrato de seguro.**
- 2.3. **O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.**
- 2.4. Para cálculo do valor da diária por incapacidade temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e o valor recebido pelo INSS, dividido por 30 (trinta). Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).
- 2.5. Para as apólices com Diária por Incapacidade Temporária fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.

- 2.6. **O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitadas documentação complementar e perícia médica da seguradora.**
- 2.7. **Pelo mesmo acidente pessoal, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas.**
- 2.8. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. **Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias correspondentes a um sinistro diferente de forma cumulativa, ainda que ocorra outro sinistro referente a causa de afastamento diversa.**
- 2.10. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e quando for o caso após prazo de carência e franquia.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato e certificado individual do seguro;**
 - b) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - c) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
 - d) **hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
 - e) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade e suas consequências, exceto obesidade mórbida;**
 - f) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
 - g) **tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**

- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) infecções oportunistas e consequentes;
- j) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato de 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 delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- k) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- l) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- m) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- n) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal) e protrusões discais degenerativas;
- o) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- p) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- q) tratamentos dentários, intervenções por motivos reparadores ou estéticos, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) data do acidente que gerou a incapacidade temporária por acidente pessoal coberto.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
- a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
 - c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
 - d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
 - e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
 - g) requerimento de benefício por incapacidade, no qual consta a data do último dia de trabalho;
 - h) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
 - i) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o segurado seja o condutor do veículo acidentado);

- j) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- k) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário. **Não serão aceitas declarações de contador;**
- l) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de acidentes pessoais coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)

Sumário

1. Definições	73
2. Coberturas	73
3. Riscos excluídos	74
4. Âmbito territorial da cobertura	76
5. Capital segurado	76
6. Cessação da cobertura	76
7. Solicitação de indenização	76
8. Beneficiário	77
9. Disposições gerais	77

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor devido a partir do primeiro dia após o período de franquia, observado o limite contratual máximo por evento fixado no certificado individual de seguro, correspondente às diárias em que o segurado incorreu, comprovadamente, em incapacidade temporária decorrente de doença.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado em virtude de impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer atividades relativas à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, decorrente de doença, desde que tal incapacidade seja comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de doença ou quadro clínico incapacitante. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **Esta cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo, que não será superior a 15 (quinze) dias, por evento fixado nas condições gerais e especiais.**
- 2.3. **O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.**
- 2.4. **Para cálculo do valor da diária por incapacidade temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e o valor recebido pelo INSS, dividido por 30 (trinta).** Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).
- 2.5. **Para as apólices com Diária por Incapacidade Temporária fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.**

- 2.6. **O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitadas documentação complementar e perícia médica da seguradora.**
- 2.7. **Pela mesma doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas.**
- 2.8. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de Diária por Incapacidade Temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. **Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias correspondentes a um sinistro diferente de forma cumulativa, ainda que ocorra outro sinistro referente a causa de afastamento diversa.**
- 2.10. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e quando for o caso após prazo de carência e franquia.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **qualquer doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato e certificado individual do seguro;**
 - b) **gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;**
 - c) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
 - d) **hérnia discal, desde que não provocada por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;**
 - e) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade e suas consequências, exceto obesidade mórbida;**
 - f) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - g) **hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**

- h) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- i) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- j) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);**
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- l) infecções oportunistas e consequentes doenças;**
- m) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;**
- n) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- o) luxações recidivantes de qualquer articulação ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal) e protrusões discais degenerativas;**
- q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;**
- s) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- t) tratamentos dentários, intervenções por motivos reparadores ou estéticos, salvo aquelas decorrentes de acidentes decorridos durante a vigência da apólice;**
- u) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade temporária por doença.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:
 - a) formul rio de relat rio médico ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário pr prio do médico assistente do segurado;

- b) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
- c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- d) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
- e) requerimento de benefício por incapacidade, no qual consta a data do último dia de trabalho;
- f) carta de concessão do benefício emitida pelo INSS;
- g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- h) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário. **Não serão aceitas declarações de contador;**
- i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ACIDENTE PESSOAL/DOENÇA (DIT A/D)

Sumário

1. Definições	79
2. Coberturas	79
3. Riscos excluídos	80
4. Âmbito territorial da cobertura	82
5. Capital segurado	82
6. Cessação da cobertura	82
7. Solicitação de indenização	82
8. Beneficiário	83
9. Disposições gerais	83

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ACIDENTE PESSOAL/DOENÇA (DIT A/D)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor devido a partir do primeiro dia após o período de franquia, observado o limite contratual máximo por evento fixado no certificado individual de seguro, correspondente às diárias em que o segurado incorreu, comprovadamente, em incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado em virtude de impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer atividades relativas a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, desde que tal incapacidade seja comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias, durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, **em decorrência de doença ou acidente pessoal**. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **Esta cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo, que não será superior a 15 (quinze) dias por evento, fixado nas condições gerais e especiais.**
- 2.3. **O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.**
- 2.4. **Para cálculo do valor da diária por incapacidade temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e valor recebido pelo INSS, dividido por 30.** Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).

- 2.5. **Para as apólices com Diária por Incapacidade Temporária fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.**
- 2.6. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitadas documentação complementar e perícia médica da seguradora.
- 2.7. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas.
- 2.8. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de Diária por Incapacidade Temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. **Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias correspondentes a um sinistro diferente de forma cumulativa, ainda que ocorra outro sinistro referente a causa de afastamento diversa.**
- 2.10. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e, quando for o caso, após prazo de carência e franquia.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato de seguro;**
 - b) **gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;**
 - c) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
 - d) **hérnia discal, desde que não provocada por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;**
 - e) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade, e suas consequências, exceto obesidade mórbida;**

- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e consequentes doenças;
- h) distúrbios ou doenças psiquiátricas ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- i) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- j) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- k) tratamentos dentários, intervenções por motivos reparadores ou estéticos, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- l) cirurgias para esterilização;
- m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
- p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas ou sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal) e protrusões discais degenerativas;
- s) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
- t) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- u) laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador ou a doença poderão ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do acidente que provocou a incapacidade temporária por acidente pessoal; ou
 - b) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade temporária por doença.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:

- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
- c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
- d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
- e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
- g) requerimento de benefício por incapacidade, no qual consta a data do último dia de trabalho;
- h) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
- i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- j) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário. **Não serão aceitas declarações de contador;**
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT TE) – TABELA DE EVENTOS

Sumário

1. Definições	85
2. Coberturas	85
3. Riscos excluídos	86
4. Âmbito territorial da cobertura	88
5. Capital segurado	88
6. Cessação da cobertura	88
7. Solicitação de indenização	88
8. Beneficiário	89
9. Disposições gerais	89

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT TE) – TABELA DE EVENTOS

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor devido a partir do primeiro dia após o período de franquia, observado o limite contratual máximo por evento fixado no certificado individual de seguro, correspondente às diárias em que o segurado incorreu, comprovadamente, em incapacidade temporária decorrente de doença, conforme especificado na Tabela de Eventos, ou de acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado em virtude de impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer atividades relativas a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, decorrente de doença ou de acidente pessoal coberto, desde que tal incapacidade seja comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de doença ou acidente pessoal. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. **Esta cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo, que não será superior a 15 (quinze) dias, por evento fixado nas condições gerais e especiais.**
- 2.3. **O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.**
- 2.4. Para cálculo do valor da Diária por Incapacidade Temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e valor recebido pelo INSS, dividido por 30. Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).

- 2.5. Para as apólices com Diária por Incapacidade Temporária fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se a franquia.
- 2.6. O modelo de indenização será definido no contrato do seguro, podendo ser calculado tomando-se por base o valor da diária, multiplicando-se o número de dias de afastamento, ou com a “Tabela de Eventos Cobertos”, incluída no anexo II das condições especiais.
- 2.7. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora por meio da análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitadas documentação complementar e perícia médica da seguradora.
- 2.8. Pelo mesmo acidente pessoal ou evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas.
- 2.9. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de Diária por Incapacidade Temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 2.10 **Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias correspondentes a um sinistro diferente de forma cumulativa, ainda que ocorra outro sinistro referente a causa de afastamento diversa.**
- 2.11. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e, quando for o caso, após prazo de carência e franquia.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia no contrato de seguro e certificado individual do seguro;**
 - b) **gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;**
 - c) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
 - d) **hérnia discal, desde que não provocada por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;**

- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade e suas consequências, exceto obesidade mórbida;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e consequentes doenças;
- h) distúrbios ou doenças psiquiátricas ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- i) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- j) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- k) tratamentos dentários, intervenções por motivos reparadores ou estéticos, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- l) cirurgias para esterilização;
- m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
- p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas ou sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de acidente pessoal) e protrusões discais degenerativas;
- s) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
- t) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

- u) **laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido nas condições contratuais e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do acidente que provocou a incapacidade temporária por acidente pessoal; ou
 - b) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade temporária por doença.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
 - c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa em caso de acidente de trabalho;
 - d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
 - e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual conste o período de afastamento;
 - g) requerimento de benefício por incapacidade, no qual conste a data do último dia de trabalho;
 - h) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
 - i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - j) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário. **Não serão aceitas declarações de contador;**
 - k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.
- 7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL – MORTE ACIDENTAL (AF)

Sumário

1. Definições	91
2. Coberturas	91
3. Riscos excluídos	92
4. Âmbito territorial da cobertura	92
5. Capital segurado	92
6. Cessação da cobertura	92
7. Solicitação de indenização	92
8. Beneficiários	93
9. Disposições gerais	93

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL – MORTE ACIDENTAL (AF)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado, até o limite contratado, para suporte nas despesas com funeral do segurado titular, no caso de morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto e, quando contratado, do(s) segurado(s) dependente(s), mediante a apresentação das notas fiscais originais das despesas com o funeral. Incluem-se entre as despesas com funeral:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas diretamente relacionadas ao funeral.

Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

- 2.2. Na hipótese de ocorrência de evento coberto e, caso tenha sido contratada qualquer espécie de assistência funeral junto a terceiros que não a seguradora, somente serão passíveis de reembolso os serviços que o tomador das despesas tiver diretamente pago, desconsiderando-se, para fins de indenização, quaisquer serviços prestados no âmbito da assistência eventualmente contratada.
- 2.3. A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o tomador das despesas sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do segurado titular e/ou segurado dependente, conforme o caso.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitaçã de indenizaçã

- 7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo beneficiário ou pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado

fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - b) notas fiscais originais dos serviços e recibos das despesas com o funeral;
 - c) documentos do tomador das despesas – entende-se por tomador das despesas o responsável pelo pagamento das despesas do funeral, comprovado por meio das notas fiscais;
 - d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo tomador de despesas.
- 7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para fins desta cobertura, fará jus ao recebimento dos valores desta cobertura qualquer pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas funerárias do segurado, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser intitulada ao recebimento de indenização por esta cobertura no âmbito da apólice se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.
- 8.3. Esta cobertura não é cumulativa com qualquer outra assistência prestada com relação a esse mesmo objeto, independentemente de ter sido ou não contratada com o contrato de seguro. Em caso de ocorrência de fato coberto e ensejador do acionamento simultâneo da presente cobertura e de eventual assistência funeral, serão reembolsados apenas os valores efetivamente despendidos pelo tomador das despesas e não aqueles de responsabilidade da empresa de assistência, se houver.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO CESTA BÁSICA – MORTE ACIDENTAL (ACB)

Sumário

1. Definições	95
2. Coberturas	95
3. Riscos excluídos	95
4. Âmbito territorial da cobertura	95
5. Capital segurado	95
6. Cessação da cobertura	96
7. Solicitação de indenização	96
8. Beneficiários	96
9. Disposições gerais	96

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO CESTA BÁSICA – MORTE ACIDENTAL (ACB)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado para suporte nas despesas com cestas básicas, no caso de morte do segurado titular decorrente de acidente pessoal coberto. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando os beneficiários sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - b) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
 - c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga aos beneficiários de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)

Sumário

1. Definições	98
2. Coberturas	98
3. Riscos excluídos	98
4. Âmbito territorial da cobertura	98
5. Capital segurado	98
6. Cessação da cobertura	99
7. Solicitação de indenização	99
8. Beneficiários	99
9. Disposições gerais	99

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

CÂNCER: designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada por meio de exame anatomopatológico. **Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta cobertura, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto *post-mortem*.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de primeiro diagnóstico de câncer do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do primeiro diagnóstico de câncer do segurado titular.

6. Cessaçãõ da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessaçãõ da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitaçãõ de indenizaçãõ

- 7.1. Para solicitaçãõ da indenizaçãõ, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiãrio ou por seu representante legal, por meio de formulãrio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenizaçãõ decorrente desta cobertura serã efetuado em atã 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessãrios para anãlise e liquidaçãõ de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverã ser encaminhados à seguradora, que poderã solicitar fotocõpia autenticada:
- a) relatõrio original detalhado do mãdico assistente com laudo mãdico definitivo, atestando e caracterizando o diagnõstico do cãncer maligno e procedimentos realizados;
 - b) cõpia dos resultados dos exames comprobatõrios da doençã. **Nã serã aceitos exames sem identificaçãõ do paciente, data da realizaçãõ, nome da instituiçãõ ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constataçãõ da veracidade das informações;**
 - c) cõpia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
 - d) formulãrio de autorizaçãõ para crãdito em conta preenchido e assinado por cada beneficiãrio.
- 7.4. A indenizaçãõ serã paga ao prõprio segurado de forma ùnica e integral.

8. Beneficiãrios

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiãrio serã sempre o prõprio segurado, podendo a quitaçãõ ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenizaçãõ, o pagamento correspondente serã realizado em conformidade com a cláusula beneficiãria, item 23.1, "Beneficiãrios em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que nã foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INFARTO DO MIOCÁRDIO (IM)

Sumário

1. Definições	101
2. Coberturas	101
3. Riscos excluídos	101
4. Âmbito territorial da cobertura	101
5. Capital segurado	101
6. Cessação da cobertura	102
7. Solicitação de indenização	102
8. Beneficiário	102
9. Disposições gerais	102

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INFARTO DO MIOCÁRDIO (IM)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

INFARTO DO MIOCÁRDIO: é o advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas e elevação de enzimas específicas, angina, obstrução coronariana (evoluindo necessariamente para hipocinesia permanente do músculo cardíaco). **Para os efeitos desta cobertura, o infarto do miocárdio deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro. O diagnóstico de infarto do miocárdio poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto *post-mortem*.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de infarto do miocárdio do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1 **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data de constatação médica relacionada ao primeiro diagnóstico do infarto.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:
- a) relat rio original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestando e caracterizando o diagnóstico do c ncer maligno e procedimentos realizados;
 - b) cópia dos resultados dos exames comprobat rios da doenç a. **Não serão aceitos exames sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constatação da veracidade das informações;**
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
 - d) formul rio de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao pr prio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o pr prio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula benefici ria, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DERRAME CEREBRAL (DC)

Sumário

1. Definições	104
2. Coberturas	104
3. Riscos excluídos	104
4. Âmbito territorial da cobertura	104
5. Capital segurado	104
6. Cessação da cobertura	105
7. Solicitação de indenização	105
8. Beneficiários	105
9. Disposições gerais	105

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DERRAME CEREBRAL (DC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

DERRAME CEREBRAL: é o distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas definitivas, que inclua infarto do tecido cerebral, hemorragia e/ou embolia causada por fonte extracraniana, excluindo aneurisma cerebral. **Para os efeitos desta cobertura, o derrame cerebral deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual de seguro e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro. O diagnóstico do derrame cerebral poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto *post-mortem*.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de derrame cerebral do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do primeiro diagnóstico de derrame cerebral.

6. Cessaçãõ da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessaçãõ da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitaçãõ de indenizaçãõ

- 7.1. Para solicitaçãõ da indenizaçãõ, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiãrio ou por seu representante legal, por meio de formulãrio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenizaçãõ decorrente desta cobertura serã efetuado em atã 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessãrios para anãlise e liquidaçãõ de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverã ser encaminhados à seguradora, que poderã solicitar fotocõpia autenticada:
- a) relatõrio original detalhado do mãdico assistente com laudo mãdico definitivo, atestando e caracterizando o diagnõstico do derrame cerebral e procedimentos realizados;
 - b) cõpia dos resultados dos exames comprobatõrios da doençã. **Nã serã aceitos exames sem identificaçãõ do paciente, data da realizaçãõ, nome da instituiçãõ ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constataçãõ da veracidade das informações;**
 - c) cõpia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
 - d) formulãrio de autorizaçãõ para crãdito em conta preenchido e assinado por cada beneficiãrio.
- 7.4. A indenizaçãõ serã paga ao prõprio segurado de forma ùnica e integral.

8. Beneficiãrios

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiãrio serã sempre o prõprio segurado, podendo a quitaçãõ ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenizaçãõ, o pagamento correspondente serã realizado em conformidade com a cláusula beneficiãria, item 23.1, “Beneficiãrios em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que nãõ foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

FALÊNCIA DO RIM (FR)

Sumário

1. Definições	107
2. Coberturas	107
3. Riscos excluídos	107
4. Âmbito territorial da cobertura	107
5. Capital segurado	107
6. Cessação da cobertura	108
7. Solicitação de indenização	108
8. Beneficiário	108
9. Disposições gerais	108

Condições Especiais da Cobertura Adicional

FALÊNCIA DO RIM (FR)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

FALÊNCIA DO RIM: é a doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, submetendo-se o segurado à diálise peritoneal ou a hemodíálises regulares, ou tendo sofrido transplante renal. **Para os efeitos desta cobertura, a falência do rim deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual de seguro e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro. O diagnóstico da falência do rim poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto *post-mortem*.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de falência do rim do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do primeiro diagnóstico da falência do rim.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) relatório original detalhado contendo laudo médico definitivo, atestando e caracterizando o diagnóstico da falência do rim e procedimentos realizados;
 - b) cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constatação da veracidade das informações;**
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (TOV)

Sumário

1. Definições	110
2. Coberturas	110
3. Riscos excluídos	110
4. Âmbito territorial da cobertura	110
5. Capital segurado	110
6. Cessação da cobertura	111
7. Solicitação de indenização	111
8. Beneficiários	111
9. Disposições gerais	111

Condições Especiais da Cobertura Adicional

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (TOV)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL: é a recepção de transplante de **coração, pulmão, fígado, pâncreas ou medula óssea**. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo 2 (dois) especialistas, reconhecidos pela seguradora. **Para os efeitos desta cobertura, o diagnóstico, a recomendação e a cirurgia do transplante do órgão vital deverão ser realizados em data posterior ao início da vigência do certificado individual de seguro e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de transplante de órgão vital do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do transplante do órgão vital efetivamente realizado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes” das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestando e caracterizando o diagnóstico e recomendação para cirurgia do transplante de órgão vital e procedimentos realizados;
 - b) cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constatação da veracidade das informações;**
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

PARALISIA (P)

Sumário

1. Definições	113
2. Coberturas	113
3. Riscos excluídos	113
4. Âmbito territorial da cobertura	113
5. Capital segurado	113
6. Cessação da cobertura	114
7. Solicitação de indenização	114
8. Beneficiário	114
9. Disposições gerais	114

Condições Especiais da Cobertura Adicional

PARALISIA (P)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. Além das definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, para fins desta cobertura considera-se:

PARALISIA: é a perda funcional completa e permanente do uso e movimento de 2 (dois) ou mais membros superiores ou inferiores, resultando em paraplegia ou tetraplegia, **devendo ser contínua e permanente pelo período mínimo de doze (12) meses consecutivos a partir do diagnóstico do quadro.** Serão exigidas as evidências documentadas do acidente ou da doença causadora. **Para os efeitos desta cobertura, a paralisia do segurado deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual de seguro e quando terminado o prazo de carência definido no contrato de seguro.**

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado no caso de paralisia do segurado. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do primeiro diagnóstico da paralisia.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:
- a) relat rio original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestando e caracterizando o diagnóstico da paralisia e os procedimentos realizados;
 - b) cópia dos resultados dos exames comprobat rios da doenç a. **Não serão aceitos exames sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações faltantes, impossibilitando, assim, a constatação da veracidade das informações;**
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - d) formul rio de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.
- 7.4. A indenização será paga ao pr prio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o pr prio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula benefici ria, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE (IFC)

Sumário

1. Definições	116
2. Coberturas	116
3. Riscos excluídos	117
4. Âmbito territorial da cobertura	117
5. Capital segurado	117
6. Cessação da cobertura	117
7. Solicitação de indenização	117
8. Beneficiários	118
9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar	118
10. Disposições gerais	119

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE (IFC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta Cláusula Suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado, no caso de morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge do segurado titular, desde que contratadas e ocorridas durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e certificado individual de seguro.
- 2.2. Será facultada a inclusão de cônjuge do segurado titular por meio de análise de proposta de adesão, nas coberturas de Morte Acidental (MA) e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal (IPA).
- 2.3. Serão incluídos, nas coberturas definidas nesta Cláusula Suplementar, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula. O capital segurado será fixado em percentual não excedente a 100% do capital da cobertura de Morte Acidental do segurado titular.
- 2.4. A forma de contratação bem como o adicional relativo ao custo destas coberturas serão determinados no contrato de seguro.
- 2.5. Equiparam-se a cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.
- 2.6. Para efeito desta cobertura, a indenização correspondente à morte acidental do cônjuge será paga diretamente ao segurado titular, e a indenização correspondente à cobertura de Invalidez por Acidente Pessoal será efetuada diretamente ao próprio cônjuge do segurado titular incluído na cobertura.
- 2.7. As coberturas para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) for segurado dependente.
- 2.8. As coberturas contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge ou companheiro(a) que tenha sido aceito como segurado titular no seguro.

- 2.9. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.
- 3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas de Morte Acidental e Invalidez total ou parcial por Acidente Pessoal, caso contratadas.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura básica contratada, conforme segue:
- a) Morte Acidental: em todo o globo terrestre.
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que causou a morte do cônjuge e/ou sua invalidez permanente total ou parcial por acidente.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou cônjuge do segurado titular, ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito do cônjuge;
 - b) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito ou documento correspondente em caso de companheiro(a);
 - c) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
 - f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao segurado titular nos casos de morte acidental e ao cônjuge do segurado titular em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoal de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre: (i) o segurado titular nos casos de morte acidental e (ii) o cônjuge do segurado titular nos casos de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoal, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado titular ou o cônjuge do segurado titular, conforme o caso, falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar

- 9.1. A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
- a) qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
 - b) se o segurado titular for excluído da apólice;
 - c) se ocorrer a morte do segurado titular;
 - d) se houver a separação judicial ou o divórcio;
 - e) se houver desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);

- f) por solicitação do segurado titular; e
- g) por solicitação do estipulante, por escrito.

10. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Sumário

1. Definições	121
2. Coberturas	121
3. Riscos excluídos	122
4. Âmbito territorial da cobertura	122
5. Capital segurado	122
6. Cessação da cobertura	122
7. Solicitação de indenização	122
8. Beneficiários	123
9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar	123
10. Disposições gerais	124

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta Cláusula Suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, no caso de morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge do segurado titular, desde que contratadas e ocorridas durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula. O capital segurado fixado em percentual não será excedente a 100% do capital da cobertura de Morte Acidental do segurado titular.
- 2.3. A forma de contratação bem como o adicional relativo ao custo destas coberturas serão determinados no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.4. Equiparam-se a cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.
- 2.5. Para efeito desta cobertura, a indenização correspondente à morte acidental do cônjuge será paga diretamente ao segurado titular, e a indenização correspondente à cobertura Invalidez por Acidente será efetuada diretamente ao cônjuge do segurado titular.
- 2.6. As coberturas para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) for segurado dependente.
- 2.7. As coberturas contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro(a) que tenha sido aceito como segurado titular no seguro.
- 2.8. **Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**
- 3.2. **Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas de Morte Acidental e Invalidez Total ou Parcial por Acidente Pessoal, caso contratadas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura principal, conforme segue:
 - a) Morte Acidental: em todo o globo terrestre.
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que causou a morte do cônjuge e/ou sua invalidez permanente total ou parcial por acidente.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitaçã de indenizaçã

- 7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal ou pelo cônjuge/companheiro do segurado, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenizaçã decorrente da presente cobertura serã efetuado em atã 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposiçães do seguro.

- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - b) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito ou documento correspondente em caso de companheiro(a);
 - c) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
 - f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao segurado titular nos casos de morte acidental e ao cônjuge do segurado titular em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoal de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre: (i) o segurado titular nos casos de morte acidental e (ii) o cônjuge do segurado titular nos casos de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoal, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado titular ou o cônjuge do segurado titular, conforme o caso, falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar

- 9.1. A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
- a) qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
 - b) se o segurado titular for excluído da apólice;
 - c) se ocorrer a morte do segurado titular;
 - d) se houver separação judicial ou divórcio;
 - e) se houver desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);

- f) por solicitação do segurado titular; e
- g) por solicitação do estipulante, por escrito.

10. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Sumário

1. Definições	126
2. Coberturas	126
3. Riscos excluídos	127
4. Âmbito territorial da cobertura	127
5. Capital segurado	127
6. Cessação da cobertura	128
7. Solicitação de indenização	128
8. Beneficiários	128
9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar	129
10. Disposições gerais	129

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. As definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo aplicam-se para fins desta cobertura.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação da Cobertura Suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado, no caso de morte do filho do segurado titular decorrente de acidente pessoal coberto, considerado dependente nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social, ocorrida durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta Cláusula Suplementar, os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular, comprovado na forma da lei.
- 2.3. **Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.**
- 2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.
- 2.5. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.
- 2.6. Incluem-se entre as despesas com funeral:
 - a) sepultamento ou cremação;
 - b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
 - c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
 - d) urna para o sepultamento;
 - e) coroa de flores;

- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas diretamente relacionadas ao funeral;

- 2.7. O adicional relativo ao custo desta cobertura será determinado no contrato do seguro.
- 2.8. Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular enquadrados como segurados dependentes na definição desta Cláusula Suplementar.
- 2.9. As garantias contratadas para o segurado dependente serão aquelas definidas no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.10. Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte do segurado dependente será paga diretamente ao segurado titular.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que levou a óbito o filho do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.
- 6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda com o cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir podem ser necess rios para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotoc pia autenticada:
 - a) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) filho(a);
 - b) relat rio médico ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário pr prio do médico que assistiu o filho;
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - d) cópia dos 3 (três)  ltimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pr -labore ou de outro documento hábil que comprove o s l rio;
 - e) formul rio de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado.
- 7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula benefici ria, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar

- 9.1. A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
- a) qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
 - b) se o segurado titular for excluído da apólice;
 - c) se ocorrer a morte do segurado titular;
 - d) se houver cessação da condição de dependente do segurado titular, prevista na forma da lei;
 - e) por solicitação do segurado titular;
 - f) por solicitação do estipulante, por escrito;
 - g) se for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge; e
 - h) se for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

10. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS (IFF)

Sumário

1. Definições	131
2. Coberturas	131
3. Riscos excluídos	132
4. Âmbito territorial da cobertura	132
5. Capital segurado	132
6. Cessação da cobertura	133
7. Solicitação de indenização	133
8. Beneficiários	133
9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar	134
10. Disposições gerais	134

Condições Especiais da Cláusula Suplementar

INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS (IFF)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. As definições previstas no glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo são aplicáveis para fins desta cobertura.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta Cláusula Suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado, no caso de morte acidental do filho do segurado titular, considerado dependente nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social, ocorrida durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.
- 2.2. Será facultada a inclusão, por meio de análise da proposta de adesão na cobertura definida nesta Cláusula Suplementar, de filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular e comprovado na forma da lei.
- 2.3. **Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.**
- 2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.
- 2.5. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
- 2.6. Incluem-se entre as despesas com funeral:
 - a) sepultamento ou cremação;
 - b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
 - c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
 - d) urna para o sepultamento;

- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas.

- 2.7. O adicional relativo ao custo desta cobertura será determinado no contrato do seguro.
- 2.8. Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão facultativa de todos os filhos do segurado titular, enquadrados como segurados dependentes na definição desta Cláusula Suplementar.
- 2.9. As coberturas de morte acidental para o segurado dependente serão aquelas definidas no contrato de seguro e no certificado individual de seguro.
- 2.10. Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte do segurado dependente será paga diretamente ao segurado titular.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que levou a óbito o filho do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.
- 6.1. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições cessa ainda com o cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar de inclusão facultativa de filhos.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) filho(a);
 - b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico que assistiu o filho;
 - c) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada do segurado titular;
 - d) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
 - e) formulário de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado.
- 7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta Cláusula Suplementar

- 9.1. A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:
- a) qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
 - b) se o segurado titular for excluído da apólice;
 - c) se ocorrer a morte do segurado titular;
 - d) se houver cessação da condição de dependente, prevista na forma da lei;
 - e) por solicitação do segurado titular;
 - f) por solicitação do estipulante, por escrito;
 - g) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge; e
 - h) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

10. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

ANEXO I – CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

Desde que previsto nas condições contratuais, a presente cláusula estabelece as condições de apuração e distribuição, ao estipulante, dos resultados técnicos positivos do contrato.

CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos resultados do contrato de seguro deve ser realizada após o término de vigência do contrato, **desde que a vigência seja renovada nesta seguradora**, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Caso o estipulante solicite o cancelamento do contrato fora do seu aniversário, perderá o direito à distribuição da participação nos resultados.

Para a aplicação da cláusula de excedente técnico, será necessário que os segurados tenham vínculo empregatício com o estipulante e que, durante o período de vigência a ser apurado, o contrato de seguro tenha uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados.

Não será distribuído excedente técnico em caso de cancelamento do contrato de seguro antes do seu final de vigência.

APURAÇÃO DO RESULTADO

Os prêmios pagos, líquidos de IOF (imposto sobre operações financeiras), serão atualizados monetariamente pelo IPCA/IBGE desde o mês de vigência da fatura até a data do envio da apuração ao estipulante.

Os sinistros serão atualizados pelo mesmo índice desde o mês de aviso do sinistro até a data do envio da apuração ao estipulante.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado.

Para fins de apuração de resultado técnico, considera-se como:

- 1) Receita:
 - a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência do contrato, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
 - b) saldo da reserva de IBNR (sinistros ocorridos, mas não avisados) do período anterior;
 - c) estorno de sinistros considerados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
 - d) as recuperações de sinistros com o ressegurador.

2) Despesa:

- a) despesas de comercialização, como comissão de corretagem, agenciamento e pró-labore;
- b) despesas efetivas de administração da seguradora;
- c) quaisquer despesas adicionais, devidamente acordadas no contrato de seguro;
- d) sinistros avisados no período alocados por data de aviso, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) saldo da reserva de IBNR do período;
- g) prêmios repassados ao ressegurador, incluindo os prêmios de resseguro catástrofe;
- h) total das alterações dos valores de sinistro já considerados em apurações anteriores;
- i) PIS/COFINS/IR/CSLL;
- j) valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos segurados; e
- k) valor total das despesas com assistências.

A reserva de IBNR, de constituição obrigatória, será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, mas avisados após esse período.

Como saldo da reserva de IBNR do período anterior entende-se o valor retido a esse título no período anterior ao da atual apuração.

CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado no contrato de seguro.

ANEXO II – TABELA DE EVENTOS COBERTOS PARA A COBERTURA DE DITE

Apresentamos a seguir a “Tabela de Eventos Cobertos”, utilizada para pagamento das diárias de incapacidade física temporária.

Na primeira coluna, apresentamos o evento causador do afastamento das atividades profissionais e, nas colunas posteriores, as quantidades de diárias que serão pagas por tipo de afastamento, conforme critérios objetivos:

- A – Afastamento sem internação hospitalar.
- B – Afastamento com internação hospitalar.
- C – Afastamento com internação hospitalar e cirurgia.

Somente serão indenizados os afastamentos cujas causas estejam expressamente definidas na “Tabela de Eventos Cobertos”, após o cumprimento da carência e/ou franquia estabelecidas no contrato. Qualquer outro tipo de evento não será indenizado.

	A	B	C
1. INFECÇÕES INTESTINAIS AGUDAS			
1.1. Cólera	0	6	10
1.2. Febre tifoide e paratifoide	0	8	15
1.3. Gastroenterite por <i>Salmonella</i> ou <i>Shigella</i>	0	6	10
1.4. Septicemia por <i>Salmonella</i>	0	10	14
1.5. Intoxicações alimentares bacterianas (estafilocócica, <i>C. pefrigenis</i> , <i>V. parahaemolyticos</i> e outros)	0	6	10
1.6. Disenteria amebiana aguda sem menção de abscesso	0	6	10
1.7. Outras doenças intestinais agudas causadas por protozoários	0	6	10
1.8. Gastroenterocolites bacterianas agudas	0	6	10
1.9. Infecções intestinais agudas causadas por vírus com menção de disenteria aguda	0	6	10
2. TUBERCULOSES			
2.1. Ativa, qualquer forma	20	40	60
2.2. Pleuris tuberculoso na tuberculose primária progressiva	15	30	45
2.3. Outras tuberculoses primárias progressivas	15	30	45
2.4. Tuberculose infiltrativa e nodular do pulmão	15	30	45
2.5. Tuberculose pulmonar com caverna	15	30	45
2.6. Tuberculose dos brônquios	15	30	45
2.7. Pneumonia tuberculosa (qualquer forma)	15	30	45
2.8. Pneumotórax tuberculoso	15	30	45
2.9. Tuberculose dos gânglios linfáticos intratorácicos	15	30	45
2.10. Tuberculose traqueal ou brônquica isolada	15	30	45
2.11. Laringite tuberculosa	15	30	45
2.12. Meningite tuberculosa	19	38	57
2.13. Tuberculoma das meninges	19	38	57

2.14. Outras tuberculoses das meninges e do sistema nervoso central	19	38	57
2.15. Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos	19	38	57
2.16. Tuberculose dos ossos e das articulações	19	38	57
2.17. Tuberculose do aparelho urogenital	19	38	57
2.18. Tuberculose de outros órgãos	19	38	57
2.19. Tuberculose miliar aguda	19	38	57
3. ZOONOSES E OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS			
3.1. Difteria	10	20	30
3.2. Meningite meningocócica	10	30	60
3.3. Meningococemia	10	30	60
3.4. Síndrome de Waterhouse-Friederichsen (meningocócica)	10	20	60
3.5. Cardite meningocócica	10	30	60
3.6. Tétano	10	30	60
3.7. Septicemia	0	30	45
3.8. Gangrena gasosa	0	30	45
3.9. Doença de Whipple	0	30	45
3.10. Infecção bacteriana não especificada	0	10	15
3.11. Erisipela ou celulite	0	7	14
4. INFECÇÕES ACTINOMICÓTICAS			
4.1. Infecções actinomicóticas	0	25	40
5. VIROSES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
5.1. Meningite viral	7	20	30
5.2. Encefalites e/ou mielites virais	0	20	40
6. OUTRAS DOENÇAS VIRÓTICAS			
6.1. Hepatite viral	45	45	55
6.2. Orquite por caxumba	10	20	30
6.3. Herpes zóster ou simples com complicações oftalmológicas	10	20	30
6.4. Varicela	10	20	0
6.5. Parotidite epidêmica	10	30	0
6.6. Rubéola	5	10	0
6.7. Febre amarela	10	15	0
7. RICKETTSIOSES E OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODES			
7.1. Tifo	0	15	20
7.2. Outras rickettsioses	0	15	20
8. TRIPANOSSOMÍASE			
8.1. Doença de Chagas	0	15	20

9. OUTRAS DOENÇAS

9.1. Leptospirose	0	10	15
9.2. Sarcoidose	0	20	30

10. MICOSES

10.1. Coccidioomicose	0	30	40
10.2. Histoplasmose aguda e aguda progressiva	0	30	40
10.3. Blastomicose	15	30	50

11. NEOPLASMAS MALIGNOS

11.1. Dos tecidos e gânglios linfáticos	10	60	70
11.2. Dos tecidos hematopoiéticos	10	60	70
11.3. Do lábio	10	20	40
11.4. Da língua	15	30	60
11.5. Das glândulas salivares	15	30	60
11.6. Da gengiva	15	30	60
11.7. Da boca	15	30	70
11.8. Da orofaringe	15	30	60
11.9. Da nasofaringe	15	30	60
11.10. Da hipofaringe	15	30	60
11.11. Do esôfago	15	30	70
11.12. Do estômago	15	30	70
11.13. Do intestino delgado	15	30	70
11.14. Do cólon	15	30	70
11.15. Do reto	15	30	80
11.16. Do fígado	15	30	70
11.17. Das vias biliares	15	30	70
11.18. Do pâncreas	15	30	70
11.19. Do peritônio e retroperitônio	15	30	60
11.20. De outros órgãos digestivos	15	30	60
11.21. Das fossas nasais e seios da face	15	30	60
11.22. Da laringe	15	30	70
11.23. Da traqueia	15	30	70
11.24. Dos brônquios	15	30	60
11.25. Dos pulmões	15	30	60
11.26. Da pleura	15	30	60
11.27. Do timo	15	30	60
11.28. Do coração	15	30	70
11.29. Do mediastino	15	30	60

11.30. De ouvido	15	30	60
11.31. Da mastoide	15	30	60
11.32. Dos ossos	15	30	60
11.33. Das articulações	15	30	60
11.34. Da pele	2	3	5
11.35. Da mama	15	30	60
11.36. Do útero	15	30	60
11.37. Do ovário	15	30	60
11.38. Dos anexos uterinos	15	30	60
11.39. Dos órgãos genitais femininos	15	30	60
11.40. Da próstata	15	30	60
11.41. Do pênis	15	30	60
11.42. Do testículo	15	30	60
11.43. Da bexiga	15	30	60
11.44. Do rim	15	30	60
11.45. De outros órgãos urinários	15	30	60
11.46. Do olho	15	30	50
11.47. Do cérebro	15	30	80
11.48. De outras partes do sistema nervoso	15	30	80
11.49. Da tireoide	15	30	60
11.50. De outras glândulas endócrinas	15	30	60
12. NEOPLASMAS BENIGNOS			
12.1. Dos lábios, da boca e da faringe	2	8	12
12.2. De outras partes do aparelho digestório	2	10	15
12.3. Dos órgãos respiratórios e intratorácicos	2	10	25
12.4. Dos ossos e das cartilagens articulares	2	10	25
12.5. Do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	2	4	7
12.6. Da mama	0	2	10
12.7. Leiomioma uterino e outros neoplasmas benignos dos órgãos genitais femininos	2	5	30
12.8. Do rim e de outros órgãos do aparelho urinário	2	5	35
12.9. Do olho exceto conjuntiva	0	0	5
12.10. Do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso	2	5	55
12.11. Das glândulas tireoides e paratireoides	2	5	15
12.12. Da glândula suprarrenal	2	10	40
12.13. Da hipófise e conduto craniofaríngeo	2	10	60
12.14. Da pineal	2	10	60
12.15. Do glomo carotídeo	2	10	60

12.16. Do corpúsculo aórtico e outros paragânglios	2	10	60
12.17. De outras glândulas endócrinas	2	10	60
13. TRANSTORNO DA TIREOIDE			
13.1. Tireotoxicose sem menção de bócio ou outra causa	0	20	30
13.2. Tireoidite aguda e subaguda	3	10	20
13.3. Cisto da tireoide	2	0	10
13.4. Hemorragia e infarto da tireoide	0	10	20
14. ANEMIAS			
14.1. Anemias hemolíticas autoimunes	0	20	30
14.2. Anemia aplásica	0	20	30
14.3. Policitemia	0	20	30
15. PÚRPURA			
15.1. Púrpuras trombocitopênicas e não trombocitopênicas	0	20	30
16. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
16.1. Meningite bacteriana ou por outros micro-organismos, exceto vírus	0	30	50
16.2. Encefalite, mielite e encefalomielite, exceto vírus	0	30	50
16.3. Abscesso intracraniano e intrarraquidiano	0	30	70
16.4. Flebite e tromboflebite dos seios venosos intracranianos	0	30	70
16.5. Coreia Huntington	0	10	0
16.6. Siringomielia	20	30	50
17. OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO CENTRAL E PERIFÉRICO			
17.1. Doenças degenerativas do SNC e espinocerebelares – exceto doença de Parkinson	0	30	45
17.2. Esclerose múltipla	0	30	60
17.3. Doenças desmielinizantes	0	30	60
17.4. Neuralgia do trigêmeo	5	10	30
17.5. Paralisia de Bell	5	10	30
17.6. Polineuropatia idiopática progressiva	5	30	60
17.7. Polioneurite infecciosa aguda	5	30	60
17.8. <i>Miastenia gravis</i>	5	30	60
17.9. Distrofia muscular progressiva	5	30	60
17.10. Mielopatia vascular	0	30	45
17.11. Outras mielopatias	0	30	45
17.12. Epilepsia	0	10	0
17.13. Doença dos neurônios motores aguda, exceto poliomielite	15	20	50
18. DOENÇAS DO APARELHO ÓPTICO			
18.1. Descolamento da retina	30	30	30
18.2. Retinósqise e cistos da retina	30	30	30

18.3. Inflamações coriorretinianas sem deslocamento	5	10	15
18.4. Oclusão vascular	10	10	10
18.5. Separação das camadas da retina (quadros agudos)	30	30	30
18.6. Hemorragia e ruptura da coroide	10	10	10
18.7. Deslocamento da coroide	20	20	20
18.8. Iridociclite aguda e subaguda	5	10	15
18.9. Aderências	5	5	5
18.10. Rupturas (traumáticas)	0	5	5
18.11. Glaucoma	5	10	20
18.12. Úlcera da córnea	5	5	5
18.13. Ceratoconjuntivites	5	5	5
18.14. Blefaroconjuntivite	5	5	5
18.15. Outras conjuntivites (agudas)	5	5	5
18.16. Dacriadenite	7	7	7
18.17. Neurite óptica	10	10	10
18.18. Esclerite e episclerite	5	5	5
18.19. Transtornos do humor vítreo	0	0	20
18.20. Catarata traumática aguda	5	0	15
19. FERIMENTO DO GLOBO OCULAR			
19.1. Laceração ocular	7	7	7
19.2. Rotura do olho com perda parcial de tecido intraocular	10	10	10
19.3. Avulsão do olho	10	10	10
19.4. Perfuração do globo ocular por corpo estranho	7	7	7
20. FERIMENTO DOS ANEXOS DO OLHO			
20.1. Laceração total ou parcial da pálpebra e da região periocular	5	5	5
20.2. Ferimento perfurante da órbita	5	5	7
21. DOENÇAS DO APARELHO AUDITIVO			
21.1. Pericondrite da orelha	5	10	10
21.2. Mastoidite aguda	0	10	15
21.3. Petrosite	0	15	25
21.4. Doença de Menière	10	10	20
21.5. Labirintite aguda	5	10	10
21.6. Fístula do labirinto	10	15	20
21.7. Otosclerose	0	0	24
21.8. Neurinoma do acústico	5	10	40
22. DOENÇAS DO CORAÇÃO			
22.1. Infarto agudo do miocárdio	0	100	120
22.2. Angina do peito	0	50	120

22.3. Aneurisma do coração	0	50	120
22.4. Doença pulmonar aguda do coração – Embolia pulmonar	0	80	100
22.5. Aneurisma da artéria pulmonar	0	50	75
22.6. Pericardite aguda infecciosa	0	60	80
22.7. Endocardite bacteriana aguda e subaguda	0	60	80
22.8. Miocardite aguda	0	60	80
22.9. Hemopericárdio	0	60	80
22.10. Transtornos não reumáticos das válvulas cardíacas	0	20	60
22.11. Excitação atrioventricular anômala	0	30	30
22.12. Taquicardia paroxística supraventricular	0	30	30
22.13. <i>Flutter</i> e fibrilação atrial	0	30	30
22.14. <i>Flutter</i> e fibrilação ventricular	0	30	30
22.15. Cor pulmonale agudo	0	10	0
23. DOENÇAS E LESÕES CEREBROVASCULARES			
23.1. Hemorragia subaracnóidea	0	50	90
23.2. Hemorragia intracerebral	0	50	90
23.3. Hemorragia extradural	0	50	90
23.4. Hemorragia subdural	0	50	90
23.5. Estenose e oclusão das artérias pré-cerebrais	0	50	90
23.6. Trombose ou embolia cerebral	0	50	90
23.7. Isquemia cerebral transitória	0	30	80
23.8. Encefalopatia hipertensiva	0	20	80
23.9. Aneurisma cerebral	0	50	90
23.10. Arterite cerebral	0	20	80
23.11. Trombose não piogênica dos seios venosos intracranianos	0	50	90
24. DOENÇAS DAS ARTÉRIAS			
24.1. Aneurisma aórtico	0	50	100
24.2. Aneurisma das artérias renal ou ilíaca	0	40	80
24.3. Aneurisma das artérias das extremidades inferiores	0	30	60
24.4. Aneurisma de outras artérias especificadas	0	30	60
24.5. Poliarterite nodosa	0	30	40
24.6. Fístula arteriovenosa adquirida	0	0	40
24.7. Constrição ou estreitamento de artéria	0	0	40
24.8. Hiperplasia da artéria renal	0	0	50
24.9. Síndrome de compressão da artéria celíaca	0	0	40
24.10. Arterites não especificadas	0	20	40
25. DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS			
25.1. Síndrome de Raynaud	0	0	15

25.2. Tromboangeíte obliterante	0	20	50
25.3. Varizes MMII	0	0	10
26. EMBOLIA E TROMBOSE ARTERIAIS			
26.1. Da aorta	0	50	100
26.2. Das artérias das extremidades	0	30	60
26.3. De outras artérias especificadas	0	30	60
27. FLEBITES			
27.1. De vasos superficiais	0	30	40
27.2. De vasos profundos	0	30	40
28. EMBOLIAS E TROMBOSES VENENOSAS			
28.1. Da veia porta	0	40	80
28.2. Da veia cava	0	40	80
28.3. Da veia renal	0	40	80
28.4. De outras veias especificadas	0	20	30
29. DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO			
29.1. Doenças das vias respiratórias superiores			
29.1.1. Abscesso periamigdaliano	5	10	15
29.1.2. Paralisia das cordas vocais ou da laringe	5	10	15
29.1.3. Laringotraqueíte aguda	0	10	15
29.1.4. Angina estreptocócica	3	5	0
29.1.5. Angina de Vincent	3	5	0
29.1.6. Amigdalite aguda	3	5	0
29.2. Pneumonias			
29.2.1. Viral	5	15	25
29.2.2. Pneumocócica	10	20	30
29.2.3. Outras pneumonias bacterianas	10	20	30
29.2.4. Pneumonias ou broncopneumonias causadas por outros micro-organismos especificados, exceto vírus	10	20	30
29.3. Outras doenças pulmonares			
29.3.1. Empiema	0	35	45
29.3.2. Pleuris, exceto causado por tuberculose	0	25	30
29.3.3. Pneumotórax	0	25	30
29.3.4. Abscesso do pulmão e do mediastino	0	35	45
29.3.5. Pneumotórax e hemotórax traumáticos sem menção de ferimento penetrante do tórax	10	30	30
29.3.6. Pneumotórax e hemotórax traumáticos com ferimento penetrante do tórax	10	30	60
29.3.7. Embolia ou trombose pulmonar	0	40	60
29.3.8. Fibrose cística de pulmão	0	10	30

29.3.9. Asma brônquica aguda	0	5	0
30. DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTÓRIO			
30.1. Doenças das glândulas salivares			
30.1.1. Abscesso	0	3	10
30.1.2. Fístula	0	3	10
30.1.3. Sialolitíase	0	3	10
30.2. Doenças dos tecidos moles da boca			
30.2.1. Celulite e abscesso	0	5	10
30.2.2. Cistos	0	2	5
30.3. Doenças do esôfago			
30.3.1. Esofagite aguda	0	5	30
30.3.2. Úlcera do esôfago	0	5	30
30.3.3. Estenose e estreitamento do esôfago	0	5	30
30.3.4. Perfuração do esôfago	0	5	40
30.3.5. Hérnia diafragmática	0	5	25
30.4. Doenças do estômago			
30.4.1. Hemorragias gastresofágicas	0	5	30
30.4.2. Úlcera gástrica, duodenal ou gastrojejunal aguda	0	10	50
30.4.3. Gastrite e duodenite agudas	0	10	40
30.4.4. Divertículo gástrico	0	10	40
30.4.5. Fístula do estômago ou duodeno	0	10	40
30.4.6. Gastropose	0	10	40
30.5. Doenças do apêndice			
30.5.1. Apendicite aguda	0	10	40
30.6. Outras doenças do sistema digestório			
30.6.1. Proctocolite idiopática	0	10	40
30.6.2. Insuficiência vascular aguda do intestino	0	10	40
30.6.3. Outras gastroenterites e colites não infecciosas	0	10	10
30.6.4. Obstrução intestinal sem menção de hérnia	0	10	35
30.6.5. Diverticulite aguda do intestino delgado e do cólon	0	10	40
30.6.6. Fissura, fístula e abscesso da região anorretal	0	5	20
30.6.7. Peritonite	0	15	40
30.6.8. Pólipo anal e retal	0	10	20
30.6.9. Prolapso retal	0	10	25
30.6.10. Estenose do reto e do ânus	0	10	25
30.6.11. Hemorroidas	0	0	7
31. DOENÇAS DO FÍGADO, VESÍCULA BILIAR E PÂNCREAS			
31.1. Colelitíase com ou sem colecistite aguda	0	10	30

31.2. Colecistite aguda	0	10	30
31.3. Obstrução da vesícula biliar	0	10	30
31.4. Perfuração da vesícula biliar	0	10	40
31.5. Fístula da vesícula biliar	0	10	30
31.6. Colangite	0	10	30
31.7. Obstrução de via biliar	0	10	30
31.8. Perfuração de via biliar	0	10	40
31.9. Fístula de via biliar	0	10	30
31.10. Cisto e pseudocisto do pâncreas	0	10	30
32. DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO			
32.1. Glomerulonefrite aguda	10	20	30
32.2. Insuficiência renal aguda	0	30	50
32.3. Pielonefrite e piodrose agudas	10	10	20
32.4. Abscesso renal e perinefrítico	0	10	30
32.5. Calculose do rim ou do ureter	0	10	30
32.6. Cisto do rim (adquirido)	0	10	30
32.7. Hidronefrose	0	10	30
32.8. Calculose do aparelho urinário	0	10	40
32.9. Cistite aguda	0	5	10
32.10. Obstrução do colo da bexiga	0	5	20
32.11. Fístula enterovesical	0	5	30
32.12. Fístula vesical não classificada em outra parte	0	5	30
32.13. Divertículo da bexiga	0	5	15
32.14. Rotura da bexiga	0	5	25
32.15. Abscesso uretral	0	5	5
32.16. Estenose da uretra traumática	0	5	15
32.17. Fístula uretral	0	5	15
32.18. Divertículo uretral	0	5	15
33. DOENÇAS DO APARELHO GENITAL			
33.1. Doenças do aparelho genital masculino			
33.1.1. Adenoma prostático	0	5	20
33.1.2. Prostatite aguda	0	5	10
33.1.3. Abscesso da próstata	0	5	10
33.1.4. Cálculo da próstata	0	5	10
33.1.5. Congestão ou hemorragia da próstata	0	5	10
33.1.6. Orquite e epididimite	0	5	10
33.1.7. Vesiculite seminal	0	5	10
33.1.8. Torção de testículo	0	5	10

33.1.9. Varicocele ou hidrocele	0	0	10
33.2. Doenças do aparelho genital feminino			
33.2.1. Cisto da glândula de Bartholin	0	3	5
33.2.2. Abscesso da glândula de Bartholin	0	5	7
33.2.3. Ulceração da vulva	0	5	5
33.2.4. Endometriose	0	10	20
33.2.5. Cistos ovarianos	0	0	15
33.2.6. Torção do ovário, do pedículo ovariano ou das tubas uterinas	0	0	15
33.2.7. Pólipo mucoso do colo	0	0	3
33.2.8. Salpingite, ooforite e parametrite	0	5	15
34. DOENÇAS DA MAMA			
34.1. Fibroadenose da mama	0	0	15
34.2. Ectasia de dutos mamários	0	0	15
35. DOENÇAS DA PELE			
35.1. Linfadenite aguda	0	5	10
35.2. Impetigo	0	5	5
35.3. Cisto pilonidal com abscesso	0	5	15
35.4. Urticária	0	5	0
35.5. Lúpus eritematoso sistêmico	0	15	30
35.6. Esclerodermia	0	15	30
36. DOENÇAS DO APARELHO LOCOMOTOR			
36.1. Artrite piogênica (aguda)	0	10	15
36.2. Artrite reumatoide	5	10	10
36.3. Polimiosite	0	15	30
37. DESARRANJOS ARTICULARES DOS JOELHOS			
37.1. Meniscectomia via artroscopia	0	0	10
37.2. Sutura de menisco	0	0	30
37.3. Luxação da patela	30	0	30
37.4. Lesão de ligamento(s) colateral(is)	20	0	0
37.5. Lesão de ligamento cruzado anterior	15	0	45
37.6. Lesão de ligamento cruzado posterior	15	0	45
38. OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES			
38.1. Lesões osteocondrais	0	0	40
38.2. Coriso intra-articular	0	0	15
38.3. Derrame articular traumático sem etiologia artrósica	10	10	10
38.4. Hemartrose sem etiologia artrósica	10	10	10
39. DORSOPATIAS			
39.1. Espondilite anquilosante	10	20	20

39.2. Espondilopatia traumática da coluna vertebral	0	10	15
39.3. Hérnia de disco aguda	20	30	50
39.4. Síndrome pós-laminectomia	0	5	30
39.5. Cervicobraquialgias	0	0	30
39.6. Síndrome cervicocraniana	0	0	30
40. TRAUMATISMOS DE NERVOS E MEDULA ESPINHAL			
40.1. Lesão do plexo braquial – 1º atendimento	15	0	40
40.2. Lesão do nervo periférico – mão e pé	0	0	10
40.3. Lesão do nervo periférico radial, ulnar ou mediano	0	0	30
40.4. Lesão do nervo periférico ciático, tibial e fibular	0	0	40
40.5. Síndrome do túnel do carpo não ocupacional	0	0	15
41. TRANSTORNOS MUSCULARES			
41.1. Ruptura muscular	0	0	20
42. TRANSTORNOS DAS SINÓVIAS, DOS TENDÕES DOS LIGAMENTOS			
42.1. Sinovite e tenossinovite traumática não ocupacionais	5	5	30
42.2. Ruptura do tendão do calcâneo	0	0	40
42.3. Ruptura de outros tendões	15	0	25
42.4. Ruptura de outros ligamentos	15	0	20
42.5. Síndrome do manguito rotador	0	0	25
43. TRANSTORNOS ÓSSEOS			
43.1. Osteomielite hematogênica aguda	15	40	90
43.2. Necrose asséptica cabeça do fêmur	5	10	45
43.3. Cisto ósseo	0	0	20
44. FRATURA DA FACE E DO CRÂNIO			
44.1. Dos ossos malar e maxilar fechada	20	40	50
44.2. Dos ossos malar e maxilar aberta	20	50	70
44.3. Do crânio, fechada, sem menção de lesão intracraniana	20	30	50
44.4. Do crânio, fechada, com lesão intracraniana	20	40	70
44.5. Do crânio, aberta, sem menção de lesão intracraniana	20	40	60
44.6. Do crânio, aberta, com lesão intracraniana	20	50	80
44.7. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outro ossos, fechada, sem menção de lesão intracraniana	20	50	60
44.8. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, fechada, com lesão intracraniana	20	50	70
44.9. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, sem menção de lesão intracraniana	20	50	70
44.10. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, com lesão intracraniana	20	50	80

44.11. Fratura dos ossos do assoalho da órbita	10	15	20
45. FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL			
45.1. Sem menção de lesão da medula espinhal (cervical), fechada ou aberta	45	45	60
45.2. Sem menção de lesão da medula espinhal (dorsal ou torácica), fechada ou aberta	45	45	60
45.3. Sem menção de lesão da medula espinhal (lombar), fechada ou aberta	45	45	60
45.4. Sem menção de lesão da medula espinhal (sacrocóccix), fechada ou aberta	20	30	30
45.5. Com lesão da medula espinhal (cervical)	120	120	120
45.6. Com lesão da medula dorsal (torácica)	120	120	120
45.7. Com lesão da medula lombar	120	120	120
46. FRATURA DE COSTELA, ESTERNO, LARINGE E TRAQUEIA			
46.1. Da costela	5	10	10
46.2. Do esterno	8	8	24
46.3. Por afundamento de tórax	15	30	45
46.4. Da laringe e traqueia	10	10	20
47. FRATURA DA BACIA			
47.1. Do acetábulo	30	60	90
47.2. Do púbis	15	30	45
47.3. Do íliaco	15	30	60
48. FRATURAS DOS MEMBROS SUPERIORES			
48.1. Da clavícula e da escápula	25	25	50
48.2. Do úmero (extremidade superior)	30	30	60
48.3. Do úmero (diáfise)	45	45	45
48.4. Do úmero (extremidade inferior)	30	30	45
48.5. Do rádio e da ulna (extremidade superior)	25	25	35
48.6. Do rádio e da ulna (diáfise)	45	45	45
48.7. Do rádio e da ulna (extremidade inferior)	45	45	45
48.8. Fratura dos ossos do carpo	35	35	45
48.9. Fratura de osso do metacarpo	25	25	35
48.10. Fratura de uma ou de várias falanges dos dedos	15	15	30
49. FRATURA DOS MEMBROS INFERIORES			
49.1. Do colo do fêmur	30	30	60
49.2. Do fêmur (diáfise)	30	30	60
49.3. Do fêmur (extremidade inferior)	30	30	60
49.4. Da patela	30	30	30
49.5. Da tíbia e da fíbula (extremidade superior)	30	30	45
49.6. Da tíbia e da fíbula (diáfise)	30	30	45
49.7. Do tornozelo	30	30	40
49.8. Do calcâneo	30	30	45

49.9. De outros ossos do tarso e metatarso	20	20	30
49.10. Do hálux	10	10	25
49.11. Dos demais dedos	10	10	20
50. LUXAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES			
50.1. Do ombro, exclui recidivas	30	30	40
50.2. Do cotovelo	30	30	40
50.3. Do punho	30	30	40
50.4. Do polegar ou do indicador	10	10	10
51. LUXAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES			
51.1. Do quadril	40	40	60
51.2. Do joelho	30	30	40
51.3. Do tornozelo	30	30	40
51.4. Dos ossos do médio pé	20	20	40
51.5. Do hálux	10	10	10
52. LUXAÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL			
52.1. Da vértebra cervical sem lesão da medula espinhal	30	30	50
52.2. Da vértebra torácica e lombar sem lesão da medula espinhal	30	30	50
52.3. Da vértebra cervical, torácica e lombar com lesão da medula espinhal	40	40	60
53. ENTORSES E CONTUSÕES			
53.1. Sem imobilização	2	0	0
53.2. Com imobilização	7	0	0
54. DEMAIS LESÕES TRAUMÁTICAS			
54.1. O afastamento das atividades profissionais comprovadamente causado por outras lesões de origem traumática (ferimentos, lacerações, esmagamentos, queimaduras, intoxicações acidentais etc.), com o segurado submetido à perícia médica, poderá ser indenizado, desde que não sejam as lesões excluídas da cobertura deste seguro, aplicando-se a seguinte limitação:			
I. Com internação hospitalar clínica: até 21 (vinte e uma) diárias.			
II. Com internação hospitalar cirúrgica: até 35 (trinta e cinco) diárias.			
	0	21	35
55. DEMAIS DOENÇAS			
55.1. O afastamentos das atividades profissionais comprovadamente causado por doenças não constantes na tabela de eventos cobertos (exceto doenças preexistentes e doenças contidas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, será indenizado a partir do 15° (décimo quinto) dia de afastamento e após perícia médica, aplicando-se a seguinte limitação:			
I. Sem internação hospitalar: até 15 (quinze) diárias			
II. Com internação hospitalar clínica: até 21 (vinte e uma) diárias			
III. Com internação hospitalar cirúrgica: até 35 (trinta e cinco) diárias			
	15	21	35

**SAC – Serviço de
Atendimento ao Cliente**

0800 730 0012
Atendimento 24 horas

0800 730 0013
Em caso de deficiência auditiva ou de fala
Atendimento 24 horas

Central de Atendimento

0800 730 0011
Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto
feriados. (Assistência Funeral – 24h)

(+55 11) 4133 6910
Atendimento no exterior
(Assistência Funeral – 24h)

**Ouvidoria Prudential
Vida em Grupo**

0800 200 1020
Segunda a sexta-feira,
das 8h30 às 17h30, exceto feriados.



Prudential