

MANUAL DO SEGURADO

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP N° 15414.900089/2013-44

ÍNDICE GERAL

A - CONDIÇÕES GERAIS

B - CONDIÇÕES ESPECIAIS

B.1 - COBERTURA DE MORTE

**B.2 - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL
POR DOENÇA**

B.3 - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

B.4 - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

B.5 - INCLUSÃO DE CÔNJUGE

**B.6 - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR
ACIDENTE**

A) CONDIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Condições Especiais deste Seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Condições Especiais deste Seguro é(são) válida(s) para Sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II - DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e viceversa:

1. Acidente Pessoal

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

a) incluem-se nesse conceito:

a¹) o Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

a²) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a³) os acidentes decorrentes do escapamento acidental de gases e vapores;

a⁴) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a⁵) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b¹) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b²) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b³) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b⁴) 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 da invalidez por acidente pessoal.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de morte do Segurado.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Apólice para cada uma das coberturas previstas nas condições especiais destas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

8. Condições Especiais

É o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais, incluindo as condições especiais, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

11. Corretor

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

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes de seu estado de saúde, e que eram de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

14. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e nas suas condições especiais.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da data do Evento.

17. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

19. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

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.

21. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

22. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

23. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

24. Proponente

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

25. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

26. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

27. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

28. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, como riscos não cobertos pelo Seguro.

29. Seguradora

É a Usebens Seguros S.A, registrada no CNPJ sob o número 09.180.505/0001-50, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

30. Segurado

É a pessoa física vinculada ao Estipulante sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, sendo também designado como Seguro Principal, quando da inclusão de cônjuge e/ou filho(s) no Seguro, em conformidade com a(s) respectiva(s) condição(ões) complementar(es).

31. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

32. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

33. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III - COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Condições Especiais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

I - ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;

II - ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

III - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV - furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V - uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI - Doenças ou Lesões Preexistentes;

VII - epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente; e

VIII - suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;

IX - Ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s), e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratados por pessoas jurídicas.

Parágrafo 1º. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o caput desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

I - acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

II - acidentes e/ou suas conseqüências ocorridos antes da contratação do Seguro;

III - todo e qualquer tipo de curetagem uterina; exceto se conseqüente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal; e

IV - tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do Seguro.

Parágrafo 2º. Adicionalmente aos eventos previstos no caput e parágrafo 1º. desta cláusula, as condições especiais disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

Cláusula 6ª. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Da Proposta de Contratação e do Contrato de Seguro

Cláusula 7ª. A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8ª. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e

contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

Parágrafo 1º. Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão, observado, ainda, o disposto no caput desta cláusula.

Parágrafo 2º. O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9ª. A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, em formulário próprio fornecido pela Seguradora e a ser entregue a ela para análise do risco.

Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 10ª. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 2º. O prazo referido no parágrafo primeiro poderá ser suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 3º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

Cláusula 11ª. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo único. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Cláusula 12ª. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa. Neste caso, o Proponente estará coberto pelo seguro durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

Parágrafo 1º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 2º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no caput, o valor será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª. destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13ª. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo único. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26^a. destas Condições Gerais.

Cláusula 14^a. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Condições Especiais em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII - PRÊMIO

Seção I - Valor do Prêmio

Cláusula 15^a. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1^o. O valor do Prêmio poderá ser reajustado de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato.

Parágrafo 2^o. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio também será atualizado monetariamente, conforme disposto na cláusula 26^a. destas Condições Gerais.

Seção II - Pagamento do Prêmio

Cláusula 16^a. O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 17^a. Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

Cláusula 18^a. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 19^a. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 20^a. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão ou Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

Cláusula 21^a. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetua-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

I - caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II - se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III - se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 22^a. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 23^a. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na cláusula 25^a. destas Condições Gerais.

Parágrafo 1^o. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais e das condições especiais que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no caput desta cláusula.

Parágrafo 2^o. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV - Regime Financeiro

Cláusula 24^a. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Condições Especiais, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 25^a. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo único. A atualização de que trata o caput desta Cláusula será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 26^a. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo único. Alternativamente ao critério de atualização previsto no caput, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados, de acordo com o que dispuser o Contrato de Seguro. Os limites de Capitais Segurados previsto na apólice serão reajustados com base no índice concedido no dissídio da categoria ou de acordo com o percentual estabelecido pelo Estipulante e aceito pela Seguradora.

Cláusula 27^a. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

CAPÍTULO IX - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I - Designação de Beneficiário

Cláusula 28^a. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo 1^o. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o artigo 793 do Código Civil.

Parágrafo 2^o. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

Cláusula 29^a. De acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo único. Na falta das pessoas de que trata o caput desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II - Alteração de Beneficiário

Cláusula 30^a. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Cláusula 31^a. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo único. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no caput, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32^a. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 33^a. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Condições

Especiais que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas Condições Especiais.

Cláusula 34^a. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 35^a. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 36^o. Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Condições Especiais.

Parágrafo único. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Seção II - Pagamento da Indenização

Cláusula 37^a. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1^o. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da cláusula 33^a., o prazo de que trata o caput desta cláusula ficará

suspensão e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.

Parágrafo 2º. Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Condições Especiais.

Cláusula 38ª. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta Seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

Cláusula 39ª. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.

CAPÍTULO XI - DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO
--

Cláusula 40ª. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; 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 do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

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

Cláusula 41^a. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:

I- se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II - se agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, auto-mutilação ou uso de medicamentos sem prescrição médica;

III - se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, desde que comprovado que silenciou de má-fé;

IV - se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V - se não tomar as providências imediatas para minorar as conseqüências do Sinistro;

VI - se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora; ou

VII - nas situações previstas expressamente nas Condições Especiais como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s).

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO
--

Cláusula 42ª. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - com a morte do Segurado;

II - em caso de solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento do Prêmio;

III - a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

IV - em caso de tentativa do Estipulante, do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

V - na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou seu Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

VI - na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VII - Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VIII - com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou

IX - com o encerramento das atividades do Estipulante.

Parágrafo 1º. O cônjuge incluído no Seguro terá seu risco individual cancelado nas seguintes situações:

a) cancelamento do Certificado do Segurado;

b) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado;

- c) quando ocorrer a sua morte;
- d) com a morte do Segurado;
- e) em caso de separação judicial ou divórcio com o Segurado; ou
- f) em caso de cancelamento de sua inscrição, quando se tratar de companheiro.

Parágrafo 2º. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Cláusula 43ª. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

Cláusula 44ª. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII - DO EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45ª. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

Parágrafo 1º. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período.

Parágrafo 2º. Este cálculo será realizado com base na regulamentação em vigor, sendo consideradas, para efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro) dos Prêmios líquidos pagos no período de apuração.

Parágrafo 3º. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual (descrito no contrato de seguro) do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estorno recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver.

DESPESAS:

- a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) Pro-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;
- c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;

- e) Despesas efetivas de administração;
- f) Prêmios de resseguro, quando houver;
- g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR).

Parágrafo 4º. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

CAPÍTULO XIV - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46^a. A Apólice terá vigência por prazo determinado de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez.

Parágrafo 1º. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Parágrafo 2º. Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Parágrafo 3º. Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Sociedade Seguradora.

Parágrafo 4º. A renovação automática não se aplica ao Estipulante que comunicar o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Parágrafo 5º. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Parágrafo 6º. Caso a Sociedade Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, irá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Cláusula 47ª. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice, no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

Parágrafo único. As renovações da Apólice, posteriores a primeira, deverão ser efetuadas de forma expressa.

Cláusula 48ª. Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

Seção II - Vigência do Risco Individual

Cláusula 49ª. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo de recebimento da Proposta de Adesão na Seguradora e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

CAPÍTULO XV - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 50ª. São obrigações do Estipulante:

I - Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessárias à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;

II - Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;

III - Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;

IV - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;

V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);

VI - Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;

VII - Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;

VIII - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;

IX - Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;

X - Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;

XI - Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;

XII - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;

XIII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;

XIV - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; (se houver cosseguro)

XV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;

Parágrafo único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

Cláusula 51^a. É vedado ao Estipulante:

I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II - fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;

III - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS
--

Cláusula 52^a. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo único. Qualquer modificação da Apólice que implique em alteração do valor dos Prêmios, 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.

Cláusula 53^a. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 54^a. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 55^a. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 56^a. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 57^a. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Cláusula 58^a. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 59^a. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

CAPÍTULO XVII - DO FORO

Cláusula 60^a. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

B) CONDIÇÕES ESPECIAIS:

B.1- COBERTURA DE MORTE

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1^a. Obedecidas a condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2^a. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Usebens Seguros S.A., são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. Declaração de Causa Mortis (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
- V. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- VI. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VII. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VIII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- XI. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XII. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- XIII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.2- COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a “perda da existência independente do Segurado” é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas condições especiais.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

- I. se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;**
- II. se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais como Riscos Excluídos;**
- III. ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas condições especiais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. **Agravo Mórbido** – piora de uma doença

2. **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.

3. **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

4. **Atividade Laborativa** – qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

5. **Auxílio** – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

6. **Ato Médico** – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

7. **Cardiopatia Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

8. **Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.

9. **Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

10. **Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

11. Dados Antropométricos – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

12. Deambular – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

13. Declaração Médica – documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

14. Deficiência Visual – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

15. Disfunção Imunológica – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

17. Doença Crônica em Atividade – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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

19. Doença do Trabalho – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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

- 21. Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 22. Doença Profissional** – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 23. Estados Conexos** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 24. Etiologia** – causa de cada doença.
- 25. Fatores de Risco e Morbidade** – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 26. Hígido** – saudável.
- 27. Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 28. Prognóstico** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 29. Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 30. Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 31. Refratariedade Terapêutica** – incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

33. Sentido de Orientação – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

34. Seqüela – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

35. Transferência Corporal – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CAPÍTULO III - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- I. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- II. Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- III. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- IV. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- V. Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- VI. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- VII. Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

VIII. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

IX. Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Cláusula 4^a. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2º. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade

ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CAPÍTULO V - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da Cláusula 7ª.

Parágrafo Único. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Seguradora são os seguintes:

I. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas condições especiais;

IV. Relatório do médico-assistente do Segurado:

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

V. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas condições especiais.

VII. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a

Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 11^a. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas condições especiais poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12^a. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

Parágrafo Único. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Cláusula 13^a. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 14^a. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o n^o 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 1

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

ANEXO 2

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

B.3- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1^a. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, **incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados**

septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

- I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- IV. choque elétrico e raio;
- V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII. queda n'água ou afogamento;
- IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% 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 incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	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 metacarpino	25
	Perda total do uso de um dos polefars, exclusive o metacarpino	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 anelares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tívio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20

	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose não consolidada de um dos joelhos	20
	Anquilose não consolidada de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a ⅓ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	- 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- 4 (quatro) centímetros	10
	- 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX. radiografia do membro atingido, se for o caso; e
- X. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª. No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 14ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.4- COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1^a. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, **incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto**; b) as **intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto**;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

- I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- IV. choque elétrico e raio;
- V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII. queda n'água ou afogamento;

IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3^a. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4^a. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5^a. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Seguradora são os seguintes:

I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VI. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VIII. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XI. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e XII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

B.5- INCLUSÃO DE CÔNJUGE

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto do seu cônjuge, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do cônjuge poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

- I. automática, quando o Seguro abranger os cônjuges de todos os Segurados principais; e
- II. facultativa, quando o Seguro abranger os cônjuges dos Segurados principais que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 3º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Seguradora são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS
--

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

**B.6- COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E
ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE**

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

Parágrafo 1º. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. No entanto, desde que preservada a livre escolha do Segurado, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

Parágrafo 2º. Não estão abrangidas, na cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente, as despesas decorrentes de:

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

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX. radiografias, se hover;
- X. Relatório do Médico Assistente (formulário fornecido pela Seguradora);
- XI. Laudo Oftalmológico (formulário fornecido pela Seguradora);
- XII. Notas Fiscais originais das despesas médicas discriminando cada um dos procedimentos realizados; e

XIII. cópia autenticada do Receituário Médico.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 6ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 7ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 10^a. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o n^o 15414.900089/2013-44, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.