SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

PROCESSO SUSEP N.º 15414.900198/2018-76

ÍNDICE

I. CONDIÇÕES GERAIS....3

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES....3
2. APRESENTAÇÃO....3
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO....3
4. GLOSSÁRIO....4
5. OBJETIVO....7
6. COBERTURAS DO SEGURO/PLANOS....8
7. PLANOS....8
8. RISCOS/EVENTOS COBERTOS....9
9. RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS....9
10. PERDA DE DIREITOS....11
11. ÂMBITO GEOGRÁFICO....12
12. DOCUMENTOS DO SEGURO....12
13. ALTERAÇÃO CONTRATUAL....13
14. CARÊNCIAS E FRANQUIAS....13
15. CONTRATAÇÃO....13
16. ACEITAÇÃO....14
17. VIGÊNCIA....15
18. RENOVAÇÃO....16
19. CAPITAL SEGURADO....16
20. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO....17
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO....17
22. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO....18
23. CANCELAMENTO DA APÓLICE....18
24. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO....20
25. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS....23
26. JUNTA MÉDICA....24
27. PERÍCIA DA SEGURADORA....25
28. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS....25
29. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA....25
30. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE....26
31. SOLUÇÃO DE CONFLITOS....27
32. COMUNICAÇÕES....28
33. PRESCRIÇÃO....28
34. FORO....28
35. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS....28

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS....31

CLAUSULA 1ª - MORTE ACIDENTAL (MA)....31
CLÁUSULA 2ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)....32
CLÁUSULA 3ª – DOENÇAS GRAVES (DG)....36
CLÁUSULA 4ª – DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH – ACIDENTE)....39
CLÁUSULA 5ª – DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇAS (DIH – ACIDENTE E DOENÇA)....41
CLÁUSULA 6ª – QUEBRA DE OSSO (QO)....43
CLÁUSULA 7ª – AUXÍLIO FUNERAL....45
CLÁUSULA 8ª – DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)....47

Corporative | Interno

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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

2. APRESENTAÇÃO

2.1. Apresentamos a seguir as Condições do Seguro de Acidentes Pessoais Modular, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas no certificado individual, desprezando-se quaisquer outras.

2.3. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto das Condições Contratuais.

2.4. Para os casos não previstos nas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

3.1. Condições Contratuais representam as Condições Gerais, Condições Especiais, Condições Particulares, Proposta de Contratação, Apólice Coletiva, Contrato de Estipulação de Seguros, Proposta de Adesão e Certificado Individual.

3.1.1. Este contrato de seguro é subdividido em Condições Gerais e Condições Especiais que são partes integrantes das Condições Contratuais.

3.2. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

3.3. Condições Especiais é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Corporative | Interno

4. GLOSSÁRIO

4.1. Para facilitar a compreensão dos termos utilizados, seguem abaixo os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais:

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação, pela seguradora, da proposta a ela submetida para a contratação do seguro.

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor (artigo 798 do Código Civil brasileiro - determina que o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso);;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativa de sequestros;

a.5) 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:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como sendo "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Contratuais.

Corporative | Interno

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

AVISO DE SINISTRO: Comunicação específica de um evento, que o segurado, estipulante ou o beneficiário é obrigado a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência de um evento coberto pela Apólice.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica designada para receber o valor dos capitais segurados, de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de evento coberto pela Apólice.

BOA FÉ: Indispensável que haja confiança mútua entre todas as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

CÂNCER: Tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada por meio de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno.

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, conforme estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data de ocorrência de evento coberto pela Apólice.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURA: Obrigação que a Seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto pela Apólice, desde que constante do Certificado Individual.

COMUNICAÇÕES: As comunicações entre Segurado e Seguradora serão válidas quando feitas por meios físicos ou remotos. As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: Condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do segurado na data da contratação do seguro, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

CORRETOR: Pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente do segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Corporative | Interno

DEPENDENTES: São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como segurados.

DOENÇAS, LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES: É a doença, lesão, sintomas ou sinais de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, inclusive as congênitas e as lesões decorrente de acidentes pessoais sofridos antes da adesão ao seguro, e não declarada na proposta de adesão ou no momento da contratação do seguro.

DOLO: Ato intencional e consciente com a finalidade de conseguir vantagem proibida em lei (ilícita) em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSO: Documento que formaliza qualquer alteração no certificado individual.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

FRANQUIA: Período mínimo de tempo, ininterrupto, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o evento deve perdurar, para que o segurado possa pleitear o capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a franquia. A franquia é deduzida por cada evento.

INDENIZAÇÃO: Valor a ser pago pela seguradora na ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas propostas serão garantidas pela seguradora.

IGPM: Índice Geral de Preços do Mercado, publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas).

IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

INPC: Índice Nacional de Preços ao Consumidor, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

MÉDICO: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como médicos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

MELANOMA MALIGNO INVASIVO: Câncer, predominantemente localizado na pele, com contorno e pigmentação (coloração) irregular e que pode atingir outras estruturas mais profundas

Corporative | Interno

PATOLOGISTA: Médico especialista na área de patologia, ou seja, no ramo da medicina voltado para o estudo da natureza das doenças e das modificações estruturais e funcionais que elas provocam no organismo.

PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRONTUÁRIO MÉDICO: é a união de todos os documentos que registram procedimentos, exames, condições físicas e demais informações do paciente.

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

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento que contém os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

QUEBRA DE OSSOS: Situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

RISCO COBERTO: Risco amparado pelo certificado individual em vigor e em consonância com todas as suas cláusulas.

RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS: Riscos que não estão cobertos pelo certificado individual em vigor, conforme previsto nas Condições Contratuais.

SARCOMA DE KAPOSI: Câncer de localização principalmente na pele, que pode estar associado a outras doenças, cuja forma consiste em várias placas ou nódulos de coloração púrpura a vermelha.

SEGURADO: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro, e responsável pelo pagamento da cobertura nos termos contratados

SINISTRO/EVENTO COBERTO: Ocorrência de acontecimentos de natureza súbita, involuntária e imprevista, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

VIGÊNCIA: Período de tempo fixado para validade do seguro.

5. OBJETIVO

5.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

Corporative | Interno

6. COBERTURAS DO SEGURO/PLANOS

6.1 Este seguro oferece um total de 8 coberturas, divididas em:

6.1.1. Coberturas Básicas (Contratação Obrigatória):

a) Morte Acidental - MA

6.1.2. Coberturas Opcionais (Contratação Facultativa pelo Estipulante, não podendo ser contratadas de forma isolada da cobertura básica):

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
b) Doenças Graves – DG
c) Diária por Internação Hospitalar por Acidente - DIH por Acidente
d) Diária por Internação Hospitalar por Acidente e Doenças - DIH por Acidente e Doenças
e) Quebra de Ossos – QO
f) Diagnóstico de Câncer – DC
Auxílio Funeral – AF

6.2. A cobertura básica deste seguro é de contratação obrigatória.

6.3. Nenhuma das coberturas opcionais poderá ser contratada isoladamente da cobertura básica.

6.4. As coberturas básicas e opcionais poderão ser conjugadas livremente pela seguradora, por meio de planos de comercialização, desde que respeitados os itens 6.2 e 6.3.

7. PLANOS

7.1. Existem as seguintes possibilidades de contratação, onde a contratação do conjunto das coberturas discriminadas é obrigatória, de acordo com a disponibilização pela Seguradora e opção do segurado:

7.1.1 – ACIDENTES PESSOAIS SENIOR

a) Morte Acidental – MA
b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
c) Diária Por Internação Hospitalar por Acidente – DIH por Acidente

7.1.2 – ACIDENTES PESSOAIS FAMÍLIA

a) Morte Acidental – MA
b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
c) Diária Por Internação Hospitalar por Acidente – DIH por Acidente

7.1.3 – ACIDENTES PESSOAIS PREMIÁVEL

a) Morte Acidental – MA

Corporative | Interno

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
c) Diária Por Internação Hospitalar por Acidente – DIH por Acidente

7.1.4 – ACIDENTES PESSOAIS SAUDÁVEL

a) Morte Acidental – MA

7.1.5 - ACIDENTES PESSOAIS MULTIASSISTÊNCIA

a) Morte Acidental – MA

7.1.6 – ACIDENTES PESSOAIS ITAÚ VIVA MAIS

a) Morte Acidental – MA
b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
c) Diária Por Internação Hospitalar por Acidente – DIH por Acidente
d) Quebra de Ossos - QO
e) Auxílio Funeral – AF

7.1.7 – ACIDENTES PESSOAIS COM ASSITÊNCIA PET

a) Morte Acidental – MA

7.1.8 A Seguradora ainda poderá oferecer outros planos que contemplam as coberturas mencionados no item 6.

7.1.9 As coberturas do seguro contratado são aquelas previstas na Proposta, conforme descrição de cada plano desta Condição Geral.

8. RISCOS/EVENTOS COBERTOS

8.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que fazem parte integrante e inseparável do contrato de seguro.

9. RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS

9.1. Além dos riscos/eventos excluídos especificamente descritos em cada condição especial de cobertura, este seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência de:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocado ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

Corporative | Interno

c) Doenças, ou lesão, acidente ou condição de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão, que contribuam na caracterização de um evento previsto nestas Condições Contratuais;

d) Se for verificada inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta do seguro que possa influir na aceitação da proposta ou precificação do risco, ressalvados os casos em que não haja má-fé;

e) Suicídio ou tentativa de suicídio cometido nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;

f) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoa jurídica, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;

g) Epidemias ou pandemias declaradas pelo órgão competente;

h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, do(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo os decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prática de esporte, da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

k) Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial, Cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

l) Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Contratuais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar 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.

m) Se houver descumprimento de obrigações prevista em lei ou neste contrato;

9.2. Além dos riscos mencionados acima, estão também expressamente excluídos da cobertura de acidentes pessoais, os acidentes ocorridos em consequência de:

Corporative | Interno

a) **Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

b) **Acidentes sofridos antes da adesão do seguro, ainda que suas consequências e/ou efeitos se manifestem durante a vigência do seguro;**

c) **Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, ressalvado o suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso;**

d) **Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item nº 4 destas Condições Contratuais;**

e) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**

f) **Perda de dentes e danos estéticos;**

g) **Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;**

h) **Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.**

10. PERDA DE DIREITOS

10.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

a) O segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam vir a influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigada ao pagamento do prêmio vencido.

b) Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

b.1) Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir, mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro cobrando a diferença de prêmio cabível ou, restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

b.2) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: cancelar o seguro após o pagamento da indenização e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

b.3) 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.

c) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

d) agravar intencionalmente o risco segurado;

e) procurar obter benefícios do presente contrato por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência ou, ainda, para obter ou majorar a indenização;

f) o sinistro decorrer de dolo, má-fé, fraude e/ou simulação por parte do segurado.

g) deixar de comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

g.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível;

g.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

9.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora dará por nulo o respectivo certificado individual e iniciará os procedimentos legais com o objetivo de solicitar o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

9.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. O âmbito geográfico de cada uma das coberturas está descrito nas Condições Especiais

12. DOCUMENTOS DO SEGURO

12.1. São documentos do presente seguro a Apólice, a Proposta de Contratação, a Proposta de Adesão, o Certificado Individual e as Condições Gerais e Especiais.

12.2. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, mediante Proposta de Contratação assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Corporative | Interno

12.3. A Seguradora deverá fornecer, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

12.4. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Contratuais.

13. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

13.1. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endosso à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo/endosso.

13.2. Qualquer modificação na apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.3. Em caso de alteração de risco, a seguradora deve ser informada. São exemplos de alteração de risco, por exemplo, as seguintes ocorrências:
a) Mudança de profissão;
b) Mudança de residência do segurado para outro país;
c) Informações falsas ou incorretas.

13.4. A seguradora fornecerá novo Certificado Individual quando houver aditamentos de caráter cadastral, alteração ou inclusão de beneficiários, alteração de valores de capital Segurado ou prêmio, também por motivo de inclusão ou exclusão de cobertura.

14. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

14.1. Nas coberturas de acidentes pessoais, há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

14.2. A carência e franquia de cada uma das coberturas está descrito nas Condições Especiais.

15. CONTRATAÇÃO

15.1. Da apólice coletiva

15.2. A contratação do seguro se dará com o recebimento da proposta de contratação assinada pelo estipulante e a inclusão dos proponentes é feita pela contratação do Plano de coberturas oferecidas por este seguro, mediante assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão, pelo proponente, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente.

15.3. A proposta de adesão é individual, devendo o interessado além de assinar, preencher todos os campos aplicáveis do formulário próprio indicando inclusive seu beneficiário.

Corporative | Interno

15.4. O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de 14 a 75 anos. Sendo que para os planos propostos deve ser observada a tabela abaixo de acordo com os Planos escolhidos pelos segurados:

PLANO	IDADE DE INGRESSO NO SEGURO
SENIOR	60 A 80 ANOS
FAMÍLIA	14 A 70 ANOS
PREMIÁVEL	14 A 70 ANOS
SAUDÁVEL	14 A 70 ANOS
MULTIASSISTÊNCIA	16 A 65 ANOS
VIVA MAIS	14 A 75 ANOS
ACIDENTES PESSOAIS COM ASSISTÊNCIA PET	14 A 75 ANOS

15.5. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão e da Declaração de Saúde e Atividade (DSA), que serão encaminhadas à seguradora para análise de sua aceitação.

15.6. A seguradora não aceitará a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais e Especiais, se a soma dos capitais segurados para uma mesma cobertura ultrapassar o limite técnico de aceitação da seguradora ou o limite máximo estipulado para sua idade na data da contratação.

15.7. Efetivada a aceitação da proposta de adesão pela seguradora, deverá ser efetuado o pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio, quando terá início a vigência do seguro.

15.8. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde, ou seja, não realizar acompanhamento médico de nenhuma patologia ou lesão e nem fazer uso de medicamentos contínuos, na data da respectiva contratação do seguro.

15.9. As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinarem uma declaração, que poderá constar da própria proposta de adesão, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

15.10. Se os dados do certificado individual estiverem diferentes dos informados na proposta de adesão, o segurado deverá solicitar à seguradora que corrija a divergência existente.

16. ACEITAÇÃO

16.1. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta, seja para seguros novos ou renovações; bem como para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Corporative | Interno

16.2. A solicitação de documentos/informações complementares para análise de aceitação da proposta poderá ser feito uma única vez, o prazo de 15 dias para análise do risco ficará suspenso e voltará a correr a partir do primeiro dia útil após o atendimento da exigência.

16.3. A ausência de comunicação da seguradora por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

16.4. Caso a proposta venha a ser recusada dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência comunicando e justificando ao segurado ou ao seu corretor, os motivos da recusa.

16.4.1. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente estará coberto pelo seguro no período compreendido entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa.

16.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do certificado individual, o qual será enviado ao segurado contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491 ou em norma que venha a substituí-la.

16.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e a assinatura da proposta e da declaração de saúde e atividade (DSA), caracteriza a ciência, aceitação e a concordância, pelo segurado, das Condições Contratuais deste seguro.

16.7. Caso o proponente desista da contratação após a aceitação da proposta, ele terá até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da emissão do seguro, para solicitar, por escrito, o cancelamento e a devolução do valor referente à(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) pago(s).

16.8. Na ocorrência de sinistro no período de aceitação do seguro, a seguradora não se responsabilizará se houver informações que a levariam a não aceitar a proposta.

17. VIGÊNCIA

17.1. O prazo de vigência do seguro individual será determinado conforme especificado na proposta de adesão e no certificado individual.

17.2. O Certificado individual terá seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

17.3. No caso de proposta de adesão cuja proposta tenha sido recepcionada, sem pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

17.4. No caso de o contrato de seguro cuja a proposta tenha sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência a partir da data da recepção da proposta pela seguradora.

Corporative | Interno

17.5. O término de vigência ocorrerá também às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no certificado individual.

17.6. A NÃO EFETIVAÇÃO DO DÉBITO EM RAZÃO DA FALTA DE SALDO SUFICIENTE NA CONTA CORRENTE DO SEGURADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO CERTIFICADO DO SEGURO PELA SEGURADORA.

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

18. RENOVAÇÃO

18.1. A apólice de seguro pode ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez e pelo mesmo prazo, **caso não haja a expressa desistência de uma das partes até 60 (sessenta) dias que antecedem o término da vigência.**As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não impliquem em ônus ou dever para o segurado, ou redução de seus direitos.

18.2. Na renovação da apólice qualquer alteração que implique em ônus ou dever para o segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.3. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura do seguro cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

18.4. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o certificado individual, contendo, no mínimo, o disposto na Circular 642/21, ou em norma que venha a substitui-la.

18.5. **Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.**

19. CAPITAL SEGURADO

19.1. O capital segurado contratado para cada cobertura constará no certificado individual e é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de evento coberto, vigente na data do evento, e será expresso em moeda corrente nacional.

19.2. Para todas as coberturas deste seguro, o pagamento da indenização será realizado sob a forma de pagamento único.

Corporative | Interno

20. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

20.1. Até a ocorrência do evento gerador, o valor do capital segurado e do prêmio, mencionados nas Condições Contratuais e referentes à cobertura contratada pelo segurado, serão atualizados anualmente, no aniversário do certificado individual, com base na variação acumulada do índice IPCA de 3 meses anteriores à data do reajuste.

20.2. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

21.1. O pagamento do prêmio será feito em parcelas mensais durante o período de vigência do seguro, sempre antecipadamente.

21.2. A forma de cobrança será estabelecida no ato da contratação.

21.3. Caso a data estabelecida para o pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento no primeiro dia útil após tal data, desde que haja expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

21.4. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, o valor a ser pago estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base "pro rata temporis", desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento, sem prejuízo de multa no importe de 2% (dois por cento), aplicado de uma só vez.

21.5. A Seguradora enviará comunicado, por meio de correspondência ao Segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, **sob pena de cancelamento do Contrato, que será efetuado ainda que o Segurado ou Estipulante, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.**

21.6. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 90º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com correção do IPCA/IBGE, juros diários e multa.

21.7. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

21.8. Decorrido o prazo definido no item 21.6, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente cancelado por falta de pagamento.

21.9. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

Corporative | Interno

21.10. A devolução do valor do prêmio por qualquer que seja o motivo, desde que devida, será atualizada com base na variação do IPCA da data do recebimento pela seguradora até a efetiva devolução.

21.11. De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

21.12. Se o **Cliente** optar pelo pagamento mensal do seguro, por meio de débito em conta, fica autorizada a cobrança em sua conta, no dia por ele indicado, conforme item "Dados Bancários" da Proposta.

22. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

22.1. O prêmio é estabelecido com base na idade do segurado, e no valor do capital segurado contratado. O seu valor constará expressamente no certificado individual.

22.2. Para cobertura de Doenças Graves, o valor do prêmio a ser cobrado pela seguradora será alterado anualmente, sempre na data de aniversário do certificado individual em razão do reenquadramento do seguro à nova idade atingida pelo segurado.

22.3. O prêmio será recalculado considerando também a atualização do capital segurado.

22.4. Se for constatado que a população segurada difere daquela que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas, na renovação da apólice, para preservar o equilíbrio atuarial. Neste caso esta alteração deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

22.5. Na hipótese de não atingir esse mínimo, **a seguradora poderá não renovar a apólice de seguro.**

22.6. O valor do prêmio do seguro poderá ser recalculado caso haja cancelamento de uma ou mais coberturas em consequência do pagamento do sinistro.

22.6.1. As taxas puras anuais mínimas de cada cobertura serão reavaliadas a cada período de 12 (doze) meses, em função da sinistralidade apurada para este seguro.

23. CANCELAMENTO DA APÓLICE

23.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o Estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

23.2. Neste caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base Pro Rata Temporis. O prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

Corporative | Interno

23.2.1. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

23.3. Este seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23.4. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

a) No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se essa não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o término do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

b) Por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

c) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão do Certificado Individual. Após essa data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

II – para seguros com pagamento de prêmio integral à vista, haverá devolução do prêmio pago quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão do Certificado Individual. Após essa data, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base "pro-rata-temporis", e o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento.

III – o segurado receberá correspondência confirmando o cancelamento.

23.4.1. Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais.

23.5. A cobertura do Certificado Individual termina:

a) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro;

b) No final do prazo de vigência do certificado individual, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o término do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

c) Em caso de cancelamento da apólice ou do certificado individual, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;

Corporative | Interno

d) Pelo pagamento da indenização por Morte Acidental;

e) Pelo pagamento da indenização de Auxílio Funeral;

f) Se o segurado deixar de pagar o prêmio do seguro;

g) Em caso de cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

23.6. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doenças serão automaticamente canceladas.

23.7. As coberturas de Doenças Graves e Diagnóstico de Câncer serão canceladas caso haja pagamento do sinistro dessa cobertura.

24. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

24.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais através da Central de Atendimento da seguradora.

24.2. O segurado ou beneficiário deverá atentar para a **documentação mínima exigida e documentações adicionais por evento acionado.**

24.3. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro, **recomendamos ao beneficiário do segurado ou ao próprio segurado observar a relação mínima de documentos que poderão ser solicitados, pela seguradora em caso de evento coberto, que se encontra disponível também no site www.itau.com.br.**

a) Do segurado:

a.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta Pessoa Física de titularidade do segurado;
a.2) RG;
a.3) CPF;
a.4) Certidão de Nascimento ou Casamento;
a.5) Comprovante de residência, exceto em caso de morte do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

Na falta de indicação de beneficiários no cartão proposta a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor:
b.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta Pessoa Física de titularidade do beneficiário/herdeiro legal;
b.2) Declaração de herdeiros/ companheira (o);
b.3) No caso de união estável, enviar cópia simples de dois dos documentos a seguir: comprovante de endereço em comum, certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de dependente no

Corporative | Interno

Convênio Médico, comprovante de dependente no Imposto de Renda, comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS ou Registro de Dependência na Carteira Profissional;
b.4) Cópia do RG/ CPF (inclusive para menores de 14 anos) e Comprovante de endereço de todos os herdeiros;
b.5) Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito;
b.6) Pais: RG; CPF; Comprovante de residência;

Além da documentação citada nos itens 24a e 24b, serão solicitados documentos específicos para cada uma das seguintes coberturas:

24.4 EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

a) Documentos do segurado:

a.1) Cópia do boletim de ocorrência (para falecimento decorrente de acidente);
a.2) Cópia da certidão de óbito.

b) Documentação Complementar:

b.1) Laudo de necropsia (para falecimento decorrente de acidente);
b.2) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);
b.3) Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT, relativo ao INSS, se houver;
b.4) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

24.5. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO SEGURADO:

a) Documentação:

a.1) Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente);
a.2) Cópia da declaração médica contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;
a.3) Cópia do laudo e exames de imagem realizados que comprovem o diagnóstico.
a.4) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

b) Documentação Complementar

b.1) Exames médicos (complementar);
b.2) Cópia do prontuário (relatório) médico em caso de atendimentos hospitalares;
b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);
b.4) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
b.5) Cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS.

24.6. EM CASO DE DOENÇAS GRAVES E DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

a) <u>Documentação:</u>

a.1) Cópia do laudo e exames de imagem realizados que comprovem o diagnóstico.

Corporative | Interno

b) Documentação Complementar

b.1) Exames médicos (complementar);
b.2) Cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares.

24.7. EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

a) Documentação:

a.1) Cópia do RG/ CPF e comprovante de endereço;
a.2) Cópia do boletim de ocorrência;
a.3) Cópia do laudo e exames de imagem realizados que comprovem o diagnóstico.

b) Documentação Complementar

b.1) Exames médicos (complementar);
b.2) Cópia do prontuário (relatório) médico em caso de atendimentos hospitalares;
b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);
b.4) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento.

24.8. EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇAS

a) Documentação:

a.1) Cópia do RG/ CPF e comprovante de endereço;
a.2) Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente);
a.3) Cópia do laudo e exames de imagem realizados que comprovem o diagnóstico.

b) Documentação Complementar

b.1) Exames médicos (complementar);
b.2) Cópia do prontuário (relatório) médico em caso de atendimentos hospitalares;
b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);
b.4) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento.

24.9. EM CASO DE QUEBRA DE OSSOS

a) Documentação:

a.1) Cópia do Formulário de Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho e/ou Cópia de Boletim de Ocorrência (BO);
a.2) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
a.3) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
a.4) Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados.

3224.10EM CASO DE AUXÍLIO FUNERAL

a) Documentação:

Corporative | Interno

a.1) Fornecer o nome do segurado falecido e o número do Certificado Individual de seguro correspondente;
a.2) Certidão de óbito do segurado;
a.3) Cópia de RG e do CPF do segurado falecido;
a.4) Documentos que comprovem a condição de beneficiário do segurado, conforme estabelecido nas Condições Contratuais deste seguro.
a.5) Apresentação das Notas Fiscais originais e respectivos recibos de pagamento correspondentes aos gastos com o funeral constando o discriminativo dos serviços prestados.

b) Documentação Complementar:

b.1) Laudo de necropsia (para falecimento decorrente de acidente);
b.2) Relatório médico (para falecimento decorrente de doença);

25. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

25.1. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro são de responsabilidade do segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela sociedade seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a sociedade seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

25.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

25.3. O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 24. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

25.4. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização será acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês calculado a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

25.5. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

25.6. Na hipótese de extinção de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à Susep e por ela autorizado

25.7. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data mencionada para cada cobertura descrita nas Condições Especiais

Corporative | Interno

25.8. Em caso de invalidez permanente total por acidente seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 26 destas Condições Contratuais.

25.9. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental, deduzida da importância já paga pela Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

25.10 A indenização máxima que o Segurado terá direito a cada período de vigência anual do seguro, para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e a Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doenças, corresponderá ao limite de 180 (cento e oitenta) diárias por ano, em um ou mais eventos.

25.12. Se houver necessidade de tradução de documentos relacionados à liquidação de sinistros, os encargos respectivos serão custeados pela Seguradora.

25.13. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

25.14. Se depois de paga uma indenização por Doenças Graves ocorrer a morte do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental sem dedução da importância já paga pela cobertura de Doenças Graves.

25.15. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto na cláusula 25.3.

26. JUNTA MÉDICA

26.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados**.**

26.2. 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.

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

26.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

Corporative | Interno

27. PERÍCIA DA SEGURADORA

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

27.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

27.3. 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.

27.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

28. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

28.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

28.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação do IPCA apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

28.3. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado

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

29. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

29.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental do segurado:

a) A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder da seguradora;

Corporative | Interno

b) Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um;

c) Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado;

d) Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais;

e) A falta de indicação expressa de beneficiário ou, ser por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

29.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves, Diagnóstico de Câncer, Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença e/ou Quebra de Ossos e Diária por Internação Hospitalar por Acidente/Doença:

a) Nestas coberturas, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 27.1 desta cláusula beneficiária.

29.3. No caso de Auxílio Funeral:

a) Nesta cobertura, caso opte pelo reembolso das despesas, o beneficiário do seguro será aquele que provar que arcou com as despesas do funeral do segurado.

30. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

30.1. São obrigações do estipulante:

a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

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

c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

Corporative | Interno

g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;

h) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

j) Comunicar, de imediato, à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

k) Fornecer à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

30.2. O não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento da cobertura.

31. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

31.1.– Caso o segurado tenha alguma reclamação, a Seguradora coloca à sua disposição diversos canais internos para atendimento da forma mais rápida e adequada possível:

Central de Atendimento ao Cliente: 0800 791 1125.

SAC (Reclamações, cancelamentos e informações públicas): 0800 791 1125 e **SAC** exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: 0800 721 1999,

Fale Conosco no site www.itau.com.br.

Pela internet www.itau.com.br/atendimento

Os clientes, ou seus beneficiários no caso de produtos de seguros, não satisfeitos com as soluções desses canais poderão recorrer à Ouvidoria da Seguradora, que é um canal destinado à prevenção e solução de conflitos: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h ou pela internet www.itau.com.br/ouvidoria.

A Seguradora responderá a sua reclamação dentro dos prazos regulamentares definidos para esses canais.

Corporative | Interno

31.2. MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO – Caso sua reclamação não tenha sido atendida de forma satisfatória nos canais internos de atendimento antes de ingressar com uma ação judicial, é possível solucionar o conflito preferencialmente por meio da mediação ou conciliação, conforme previsto na legislação brasileira vigente.

31.2.1. Para esse procedimento, a Seguradora se compromete atender o Segurado através do site http://www.consumidor.gov.br, gerido pela Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), por meio do qual é possível registrar o problema.

31.3. A conciliação do conflito não pretende impedi-lo de buscar a via judicial tradicional, mas tem por objetivo uma solução mais rápida e eficiente para você, não sendo necessário o Segurado não arcará com qualquer custo administrativo perante os centros de mediação ou conciliação com os quais a Seguradora mantenha convênio ou perante os centros judiciários de solução consensual de conflitos.

32. COMUNICAÇÕES

32.1. As comunicações entre Segurado e Seguradora serão válidas quando feitas por meios físicos ou remotos.

32.2. As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto indicação em contrário da parte do Estipulante.

32.3. As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

33. PRESCRIÇÃO

33.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

34. FORO

34.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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

35. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

35.1. A Itaú Corretora de Seguros S.A. e demais empresas do Conglomerado Itaú ("Itaú") tratam dados pessoais de pessoas físicas (como clientes, representantes e sócios/acionistas/empregados de clientes

Corporative | Interno

pessoa jurídica, contrapartes e beneficiários) para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades.

35.2. Nesse item resumimos as principais informações sobre como coletamos e usamos dados pessoais. Para maiores informações, inclusive sobre os direitos dos titulares dos dados em relação aos seus dados pessoais (como de correção, acesso aos dados e informações sobre o tratamento, eliminação, bloqueio, exclusão, oposição e portabilidade de dados pessoais), acesse a nossa Política de Privacidade em nossos sites e aplicativos.

35.3. Dados coletados: Os dados pessoais coletados e tratados pelo Itaú podem incluir dados cadastrais, financeiros, transacionais ou outros dados, que podem ser fornecidos diretamente pelo titular dos dados ou obtidos em decorrência da prestação de serviços ou fornecimento de produtos pelo Itaú ao titular dos dados pessoais ou a ele relacionados, seja a pedido do próprio titular de dados ou em decorrência da execução de contratos com terceiros que mantém relacionamento com o titular de dados. Adicionalmente, dados pessoais podem ser obtidos de outras fontes conforme permitido na legislação aplicável, tais como fontes públicas, empresas do Conglomerado Itaú, outras instituições do sistema financeiro, parceiros ou fornecedores, bem como empresas e órgãos com os quais o Conglomerado Itaú tenha alguma relação contratual e com os quais o titular dos dados pessoais possua vínculo ou algum tipo de relação.

35.4. Finalidades de uso dos dados: Poderemos usar os dados pessoais para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades, na forma prevista na Política de Privacidade, como por exemplo: (i) oferta, divulgação, prestação de serviços e fornecimento de produtos; (ii) execução de contrato e de etapas prévias ao contrato, incluindo a avaliação dos produtos e serviços mais adequados ao perfil, bem como atividades de crédito, financeiras, de investimento, securitárias, previdenciárias, de capitalização, cobrança e demais atividades do Conglomerado Itaú; (iii) cumprimento de obrigações legais e regulatórias; (iv) atendimento de requisições de autoridades administrativas e judiciais; (v) exercício regular de direitos, inclusive em processos administrativos, judiciais e arbitrais; (vi) análise, gerenciamento e tratamento de potenciais riscos, incluindo os securitários, previdenciários, de capitalização, de crédito, fraude e segurança; (vii) verificação de identidade e dados pessoais, inclusive dados biométricos, para fins de autenticação, segurança e/ou prevenção à fraude; (viii) verificação, análise e tratamento de dados pessoais para fins de avaliação, manutenção e aprimoramento dos nossos serviços; (ix) hipóteses de legítimo interesse, como desenvolvimento e ofertas de produtos e serviços do Conglomerado Itaú.

35.5. Dados sensíveis: Poderemos utilizar biometria facial e/ou digital em produtos e/ou serviços das empresas do Conglomerado Itaú para processos de identificação e/ou autenticação em sistemas eletrônicos próprios ou de terceiros para fins de segurança e prevenção a fraudes. O tratamento de dados pessoais sensíveis (como dados de saúde) pode ser necessário em razão de normas aplicáveis a determinados produtos de seguros, bem como para viabilizar o exercício regular de direitos tanto pelo contratante e beneficiários dos produtos quanto pelo Conglomerado Itaú.

35.6. Compartilhamento dos dados: Os dados pessoais poderão ser compartilhados para as finalidades previstas neste documento e na nossa Política de Privacidade, como, por exemplo, entre as empresas do Conglomerado Itaú, com prestadores de serviços e fornecedores localizados no Brasil ou no exterior, bureau de crédito de acordo com as regras aplicáveis à atividade, órgãos reguladores e entidades públicas, inclusive administrativas e judiciais e, ainda, com parceiros estratégicos para possibilitar a prestação e/ou oferta de produtos e serviços. Apenas compartilharemos dados na medida necessária, com segurança e de acordo com a legislação aplicável.

Corporative | Interno

35.7. Clientes Pessoa Jurídica: Os Clientes Pessoa Jurídica ou outros terceiros que nos fornecerem dados pessoais (como, por exemplo, de seus clientes, contrapartes, beneficiários, fornecedores, representantes e sócios/acionistas/empregados) para o desempenho das atividades do Itaú, devem observar a legislação aplicável à proteção de dados, privacidade e sigilo, inclusive em relação ao fornecimento de informações aos titulares dos dados pessoais a respeito do compartilhamento desses dados com o Itaú.

Corporative | Interno

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLAUSULA 1ª - MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrida durante o período de vigência do seguro e observadas as Condições Contratuais.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1 Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2 Não há franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para a cobertura de Morte Acidental será a data do acidente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO
5.1. A cobertura de Morte Acidental é válida em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA
6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS
7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA
8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 2ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual, observadas as Condições Contratuais.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	**100**
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	**100**
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	**100**
	Perda total do uso de ambas as mãos	**100**
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	**100**
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	**100**
	Perda total do uso de ambos os pés	**100**
	Alienação mental total e 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 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 (mandíbula)	**20**
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	**20**
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	**25**

Corporative | Interno

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 (cúbitos)	**25**
	Anquilose total de um dos punhos	**20**
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	**25**
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	**18**
	Perda total do uso da falange distal do polegar	**09**
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	**15**
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	**12**
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	**09**
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**	**% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA**
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 tíbios peroneiros	**25**
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	**20**
	Fratura não consolidada de um pé	**20**
	Anquilose total de um dos joelhos	**20**
	Anquilose total de um dos tornozelos	**20**
	Anquilose total de um quadril	**20**
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	**25**
	Amputação do primeiro dedo	**10**
	Amputação de qualquer outro dedo	**03**
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	**15**
	* de 4 (quatro) centímetros	**10**
	* de 3 (três) centímetros	**06**
	* menos de 3 (três) centímetros:	**s/ indenização**

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

Corporative | Interno

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

1.5. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

1.8. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

1.10. Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial por acidente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

1.11. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

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

1.14. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. CARÊNCIA E FRANQUIAS

2.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.12. Não há franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

4. DATA DO EVENTO

Corporative | Interno

4.1. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será a data do acidente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA
6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS
7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA
8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 3ª – DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Graves garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças cobertas por esta cláusula, diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as Condições Contratuais do seguro.

1.2. Encontram-se cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, devendo seus diagnósticos preencherem os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde:

a) Câncer - deve ser diagnosticado durante a vigência do seguro por médico habilitado em oncologia e demonstrado por meio dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;

b) Infarto Agudo do Miocárdio:- deve ser diagnosticado por médico habilitado em cardiologia ou cuidados intensivos e demonstrado por:
- queixa clínica característica;
- alteração das enzimas cardíacas;
- alteração eletrocardiográficas;
- eco cardiograma;

c) Cirurgia de válvulas cardíacas e cirurgia de artéria aorta - deve ser indicada por médico cirurgião cardiovascular habilitado, respaldado de exames complementares apropriados, como cateterismo cardiovascular e ecocardiograma.

d) Cirurgia Coronariana - a necessidade de cirurgia deverá ser comprovada por exame de cateterismo coronariano.

e) Acidente vascular cerebral (AVC) – A existência de déficit neurológico em decorrência do AVC deverá ser diagnosticada por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrada e comprovada por exames complementares a ocorrência durante os três meses seguintes a data do evento.

f) Insuficiência Renal Crônica Terminal - deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados.

g) Transplante de Órgãos Vitais - deve ser indicada por médico habilitado na especialidade da patologia em questão, devido à perda irreversível da função dos seguintes órgãos: rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

1.3. Não há reintegração de capital para esta cobertura. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese nenhuma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave, mesmo que sejam oriundas de causas independentes.

1.4. Após o pagamento da indenização, a cobertura de que trata esta cláusula fica automaticamente canceladas.

Corporative | Interno

1.5. Nenhum benefício será pago com base em diagnósticos feitos por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

1.6. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

1.7. O Segurado deverá autorizar, por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confiabilidade das mesmas.

1.8. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

1.9. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1. Há carência de 90 (noventa) dias para cobertura de Doenças Graves.

2.2. Não há franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3.2. Também estão excluídos da cobertura de Doenças Graves:

3.2.1. Se Câncer:

a) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice;

b) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;

c) Câncer de pele, exceto melanoma maligno invasivo.

3.2.2. Se Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Infartos do miocárdio antigos demonstrados por eletrocardiograma, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T" e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos da cobertura de Infarto.

3.2.3. Se Cirurgia Coronariana:

Corporative | Interno

a) Angioplastia, procedimentos intra-arteriais.

3.2.4. Se Acidente Vascular Cerebral:

a) Aneurisma Cerebral

b) Ataques isquêmicos transitórios;

c) Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;

d) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular.

3.2.5. Se Transplante de Órgãos Vitais:

a) Transplante de tecido;

b) Autotransplante, exceto medula óssea.

3.2.6. Qualquer forma de paralisia temporária;

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para a cobertura de Doenças Graves será a data do diagnóstico comprovado por médico habilitado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. A cobertura de Doenças Graves é válida somente para o primeiro diagnóstico de uma das doenças cobertas realizado em território brasileiro.

6. VIGÊNCIA

6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporativo | Interno

CLÁUSULA 4ª – DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH – ACIDENTE)

1. OBJETIVO

1.1 A cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual em caso de hospitalização do segurado, sem necessidade de comprovação de gastos, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos previstos nas Condições Contratuais.**

1.2 O segurado terá direito à uma indenização de no máximo de 180 (cento e oitenta) diárias de internação hospitalar, ocorridas, em um ou mais eventos durante a vigência do seguro.

1.3 As diárias de internação hospitalar não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de uma internação hospitalar por acidente, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de internação, no caso desses possuírem o mesmo período, prevalecerá o qual iniciar primeiro, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.4 A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização respeitada a franquia conforme estabelecido nestas Condições Contratuais. E termina com a verificação de alta do paciente ou do seu falecimento.

1.5 Em caso de necessidade de novas internações relacionadas a evento diverso ou ao mesmo evento, seja agravamento, sequela ou reaparecimento dos sinais, sintomas, ou ainda, das suas complicações crônicas ou degenerantes deles consequentes, **considera-se o mesmo limite máximo de 180 diárias, estabelecido para aquela vigência do seguro, acumulando as diárias de todas as internações até o limite de diárias contratado**. Caso a internação, relacionada a evento diverso ou ao mesmo evento, seja realizada durante uma nova vigência, serão considerados os limites e valores da nova vigência no momento da nova internação.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2. Há franquia de 12 horas para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH Acidente)

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente será a data inicial da internação.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Corporative | Interno

6. VIGÊNCIA
6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS
7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA
8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 5ª – DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇAS (DIH – ACIDENTE E DOENÇA)

1.OBJETIVO

1.1 A cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doenças garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual em caso de hospitalização do segurado, sem necessidade de comprovação de gastos, por dia de internação hospitalar, **causada por acidente pessoal coberto e/ou doenças cobertas e ocorridas durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos previstos nas Condições Contratuais**

1.2 S egurado terá direito a uma indenização de no máximo de 180 (cento e oitenta) diárias de internação hospitalar, ocorridas em um ou mais eventos durante a vigência do seguro.

1.3 **As diárias de internação hospitalar não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de uma internação hospitalar por acidente e/ou doença, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de internação, no caso desses possuírem o mesmo período, prevalecerá o qual iniciar primeiro, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações**.

1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização, respeitada a franquia conforme estabelecido nestas condições gerais e termina com a verificação de alta do paciente ou do seu falecimento.

1.5 Em caso de necessidade de novas internações relacionadas a evento diverso ou ao mesmo evento, seja agravamento, sequela ou reaparecimento dos sinais, sintomas, ou ainda, das suas complicações crônicas ou degenerantes deles consequentes, **considera-se o mesmo limite máximo de 180 diárias, estabelecido para aquela vigência do seguro, acumulando as diárias de todas as internações até o limite de diárias contratado**. Caso esta internação, relacionada a evento diverso ou ao mesmo evento, seja realizada durante uma nova vigência da cobertura, serão considerados os limites e valores da nova vigência no momento da nova internação.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2 Em caso de Internação por Doença, haverá carência de 90 (noventa) dias para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doença.

2.3. Há franquia de 12 horas para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doenças (DIH Acidente e Doenças).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

a) Convalescença, senilidade, geriatria, repouso;

Corporative | Interno

b) Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
c) Procedimentos médicos e/ou cirúrgicos não previstos no código brasileiro de ética médica, vigente na ocasião do evento ou consumo de medicamentos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia, não éticos ou ilegais;
d) Tratamento odontológico de quaisquer espécies e suas consequências;
e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
f) Cirurgias plásticas de quaisquer natureza, exceto em casos acidentais e pós-acidentais, ocorridos durante a vigência do seguro; tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
g) Realização de exames rotineiros de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde (check-up);
h) Tratamentos de transtornos psiquiátricos (mentais, do humor e metabólicos), inclusive os que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
i) Doenças, anomalias ou más formações congênitas preexistentes à contratação do seguro e de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão, desde que diagnosticadas em data anterior à da contratação do seguro;
j) Evento em que o segurado não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da hospitalização;
k) Estados de convalescença (após a alta médica);
l) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
m) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
n) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
o) Diária de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnoses, repouso, internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up, internação para doação de órgãos;

4. DATA DO EVENTO
4.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doença será a data inicial da internação.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO
5.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doenças é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA
6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS
7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA
8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 6ª – QUEBRA DE OSSO (QO)

OBJETIVO

1.1 A cobertura de Quebra de Ossos garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual, observados os percentuais da Tabela de Lesões Cobertas do item abaixo, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros cobertos, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, comprovadamente diagnosticada por médico habilitado e exames complementares, durante a vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos previstos nas Condições Contratuais.

1.2 O valor da indenização será calculado sobre o valor do capital segurado definido no certificado individual, de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas. Caso ocorra a fratura de mais de um osso no mesmo Acidente Pessoal coberto, será considerado a soma dos percentuais de acordo com a Tabela de Lesões Cobertas, observado o limite máximo de indenização previsto no Certificado Individual.

1.2.1 **Tabela de Lesões Cobertas**

Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	13%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (*no mínimo de três dedos,* cada)	1%

1.3. DEFINIÇÕES:

a) **Fratura completa:** ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;
b) **Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os seguimentos ainda unidos;
c) **Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
d) **Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;

Corporative | Interno

e) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e
f) **Fratura dos dedos:** no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2. Não há franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

a) Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;

4. DATA DO EVENTO
4.1. Para as coberturas de Quebra de Ossos será a data do acidente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO
5.1 A cobertura de Quebra de Ossos é válida em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA
6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS
7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA
8.1. Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 7ª – AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1 No caso de morte do segurado, garante a prestação de um conjunto de serviços de Assistência 24 horas ou reembolso das despesas efetuadas com o funeral, até o limite contratado. Ficará a critério do responsável pelo funeral do segurado solicitar o Serviço de Assistência Funeral ou então optar por arcar com as despesas pessoalmente, solicitando posteriormente o reembolso. Neste caso, o reembolso dos valores das despesas com a prestação do serviço, desde que comprovados os gastos efetuados, estarão limitados ao capital Segurado desta garantia, indicado na Proposta de Seguro.

1. 2. Atendimento

Na ocorrência do óbito do Segurado, a família poderá acionar o serviço de assistência através de número de telefone disponibilizado pela Seguradora, quando serão tomadas as seguintes providências para o funeral.

a) Traslado

Em todo o território nacional, garante o transporte, através do meio mais adequado, em urna mortuária apropriada, do corpo do Segurado, do local onde ocorreu o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento. Caso seja indispensável e exista a necessidade legal de um membro da família para liberação do corpo, será providenciada 1 (uma) passagem ida e volta classe econômica e despesas de hospedagem (padrão 3 estrelas).

b) Funeral

- O funeral será providenciado através de uma funerária local, e serão fornecidos os seguintes itens:
- Urna de madeira maciça, luxo, moldura, seis ou oito alças, forrada com perlon ou façonê, travesseiro solto, acolchoada e acabamento externo em verniz alto brilho;
- Duas coroas de flores;
- Ornamentação de luxo da urna
- Manta mortuária e véu;
- Carro fúnebre;
- Registro em cartório;
  Livro de presença;
- Jogo de paramento e velas;
- Taxa da capela.

c) Sepultamento

O sepultamento ocorrerá em jazigo da família, ou, não havendo, em jazigo a ser locado pelo período de até 3 (três) anos, na cidade brasileira indicada pela família do Segurado, ou, caso seja comprovadamente inviável, na cidade mais próxima pela mesma indicada.

d) Cremação

A cremação será realizada na forma e condições estabelecidas na legislação vigente, com traslado da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima onde existir o serviço de cremação e o retorno das cinzas aos familiares.

Corporative | Interno

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2. Em caso de morte por Doença, haverá carência de 90 (noventa) dias para a cobertura de Auxílio Funeral.

2.3. Não há franquia.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3.2. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros para a cobertura de Auxílio Funeral.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para a cobertura de Auxílio Funeral será a data de falecimento do segurado, cônjuge, filhos ou pais.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. As coberturas de Auxílio Funeral são válidas em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA

6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno

CLÁUSULA 8ª – DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diagnóstico de Câncer garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no Certificado Individual, no caso do primeiro diagnóstico de qualquer tipo de câncer maligno, **excluído o câncer de pele, exceto o melanoma maligno, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e desde que respeitado o período de carência de 90 dias, observadas as Condições Contratuais.**

1.2. A indenização será paga apenas em caso de primeiro diagnóstico de câncer maligno durante a vigência do seguro, conforme previsto no certificado individual do seguro, não obstante o número de diagnósticos ou tratamentos de câncer verificados posteriormente no segurado, e respeitada a exclusão de cobertura por doença preexistente conforme o item 9 (Riscos Excluídos) destas Condições Contratuais.

2. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.1 Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

2.2 Há carência de 90 (noventa) dias para cobertura Diagnóstico de Câncer.

2.3 Não há franquia

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todos os riscos mencionados nos itens 9. Riscos Excluídos, 10. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 33. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer será a data do diagnóstico comprovado por médico habilitado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. A cobertura de Diagnóstico de Câncer é válida somente para o primeiro diagnóstico de câncer maligno realizado em território brasileiro

6. VIGÊNCIA

6.1. Conforme descrito na cláusula 17 das Condições Gerais.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1Conforme descrito na cláusula 29 das Condições Gerais.

8.CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1Conforme descrito na cláusula 23 das Condições Gerais.

Corporative | Interno