

**Condições
Gerais**

UNIMED VIDA EM GRUPO

VIDA

Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Unimed Vida em Grupo** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger você.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do Seguro de Vida que contemplam as coberturas para a sua proteção e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem este seguro.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Atenciosamente,

Seguros Unimed

Para nós é uma honra tê-lo como cliente, por isso nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria



SUMÁRIO

I.	CONDIÇÕES GERAIS	9
1.	OBJETIVO DO SEGURO	9
2.	DEFINIÇÕES	9
3.	COBERTURAS	12
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	13
5.	ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES	16
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	16
7.	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	16
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	17
9.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
10.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	19
11.	CUSTEIO DO SEGURO	19
12.	COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	19
13.	ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS	20
14.	DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO	21
15.	CAPITAL SEGURADO	21
16.	REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE	21
17.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	22
18.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	23
19.	BENEFICIÁRIOS	29
20.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	30
21.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	31
22.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	32
23.	INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS	33
24.	DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	34
25.	ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE ADESÃO	34
26.	PRAZOS PRESCRICIONAIS	34
27.	PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO	35

28.	COMUNICAÇÃO	35
29.	DISPOSIÇÕES GERAIS	35
30.	FORO	35
II.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)	37
1.	OBJETIVO	37
2.	CONCESSÃO DA COBERTURA	37
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	37
4.	DATA DO EVENTO	37
5.	CAPITAL SEGURADO	37
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
7.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	38
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	38
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	38
III.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	39
1.	OBJETIVO	39
2.	DEFINIÇÃO	39
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	39
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	40
5.	DATA DO EVENTO	40
6.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO	40
7.	CAPITAL SEGURADO	40
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	41
9.	TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	42
10.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	46
11.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	46
12.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	46
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	46
IV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)	48
1.	OBJETIVO	48
2.	CONCESSÃO DA COBERTURA	48
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	48
4.	DATA DO EVENTO	48

5.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO	49
6.	CAPITAL SEGURADO	49
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	49
8.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	50
9.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	50
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50
V.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	51
1.	OBJETIVO	51
2.	DEFINIÇÕES	51
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	53
4.	RISCOS COBERTOS.....	54
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	55
6.	DATA DO EVENTO.....	56
7.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO	56
8.	CAPITAL SEGURADO	56
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	56
10.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	57
11.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	57
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	57
13.	ANEXOS - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL (IAIF)	57
VI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO ESPECIAL.....	60
1.	OBJETIVO	60
2.	DEFINIÇÕES	60
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	60
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	61
5.	DATA DO EVENTO.....	62
6.	CAPITAL SEGURADO	62
7.	CARÊNCIAS	62
8.	FRANQUIA	64
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	65
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66

11.	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	67
12.	ALTERAÇÃO DE VALORES	67
13.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	68
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	68
VII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT - MÓDULO COMPLETO	69
1.	OBJETIVO	69
2.	DEFINIÇÕES	69
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	69
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	70
5.	DATA DO EVENTO	71
6.	CAPITAL SEGURADO	72
7.	CARÊNCIAS	72
8.	FRANQUIA	73
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	73
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
11.	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	74
12.	ALTERAÇÃO DE VALORES	74
13.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	75
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	75
VIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	76
1.	OBJETIVO	76
2.	DEFINIÇÃO	76
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	76
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	76
5.	DATA DO EVENTO	77
6.	COMPROVAÇÃO DO EVENTO	77
7.	CAPITAL SEGURADO	78
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	78
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	78
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	79
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	79
IX.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL – MORTE (AFM)	80

1.	OBJETIVO	80
2.	DEFINIÇÃO	80
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	80
4.	BENEFICIÁRIO	80
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	80
6.	DATA DO EVENTO.....	81
7.	CAPITAL SEGURADO	81
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	81
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	81
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	81
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	81
X.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AFF).....	82
1.	OBJETIVO	82
2.	DEFINIÇÃO	82
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	82
4.	BENEFICIÁRIO	82
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	82
6.	DATA DO EVENTO.....	83
7.	CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	83
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	83
9.	CARÊNCIA	83
10.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	83
11.	CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA	84
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	84
XI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS GRAVES (DG)	85
1.	OBJETIVO	85
2.	DEFINIÇÃO	85
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	85
4.	RISCOS COBERTOS	85
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	89
6.	DATA DO EVENTO.....	91
7.	CARÊNCIA	91
8.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA.....	91
9.	CAPITAL SEGURADO	92

10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	92
11.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	93
12.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	93
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	93
XII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA FACULTATIVA: CESTA BÁSICA - MORTE (CBM).....	94
1.	OBJETIVO	94
2.	BENEFICIÁRIOS	94
3.	CONCESSÃO DA COBERTURA	94
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	94
5.	DATA DO EVENTO.....	94
6.	CAPITAL SEGURADO	94
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	95
8.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	95
9.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	95
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	95
XIII.	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	96
1.	OBJETIVO	96
2.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	96
3.	BENEFICIÁRIOS	96
4.	CAPITAL SEGURADO	97
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	97
6.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA	97
7.	CANCELAMENTO DA CLÁUSULA.....	97
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	97
XIV.	CANAIS DE COMUNICAÇÃO	98

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Aceitação do risco é o ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

2.2. Acidente é o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3. Acidente pessoal evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

2.3.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- b) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- c) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

2.3.2. Não se incluem nesse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou

microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste item.

- 2.4. **Agravamento do Risco** é a circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.
- 2.5. **Âmbito Geográfico** é o termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: perímetro de cobertura.
- 2.6. **Apólice** é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;
- 2.7. **Aviso de Sinistro** é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.8. **Beneficiário** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- 2.9. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecido na Proposta de Adesão. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.10. **Carência** é o período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar.
- 2.11. **Condições Contratuais** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 2.12. **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.
- 2.13. **Condições Gerais** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.
- 2.14. **Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

- 2.15. **Doenças, Lesões e Sequelas preexistentes** são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declarados na Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida.
- 2.16. **Estipulante** é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.
- 2.17. **Evento Coberto** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.
- 2.18. **Franquia** é a quantia fixa, definida na Apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições da Proposta de Adesão.
- 2.19. **Grupo Segurado** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.20. **Grupo Segurável** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.21. **Indenização** é o valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 2.22. **Início de Vigência** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.23. **IPC-A/IBGE** é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais.
- 2.24. **Nota Técnica Atuarial** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.25. **Prêmio** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.26. **Proposta de Adesão** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.27. **Regime Financeiro de Repartição Simples** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados em um período considerado.
- 2.28. **Reintegração** é a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice.
- 2.29. **Risco** é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista,

independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

- 2.30. **Riscos Excluídos** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.31. **Segurado** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.32. **Segurado Titular** é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo cumprimento das condições contratuais que lhe cabem, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes, relativo aos seus direitos e obrigações.
- 2.33. **Segurados Dependentes** são o cônjuge ou a(o) companheira(o), e, os filhos do Segurado Titular regularmente incluídos no seguro pelas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge.
- 2.34. **Seguradora** é a Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios.
- 2.35. **Sinistro** é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.36. **Término da vigência** é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

3. COBERTURAS

- 2.37. As coberturas disponíveis do **Seguro de Vida** dividem-se em Básica, Adicionais e Cláusulas Suplementares:

3.1.1. Cobertura Básica:

- 3.1.1.1.** Morte: garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro e respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

3.1.2. Coberturas Adicionais – as seguintes coberturas somente podem ser contratadas em conjunto com a cobertura básica:

- 3.1.2.1.** Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)
- 3.1.2.2.** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- 3.1.2.3.** Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)
- 3.1.2.4.** Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- 3.1.2.5.** Indenização por Invalidez Laborativa Permanente por Doença (ILPD)
- 3.1.2.6.** Renda por Incapacidade Temporária – SERIT Módulo Especial
- 3.1.2.7.** Renda por Incapacidade Temporária – SERIT Módulo Completo

3.1.2.8. Auxílio Funeral (AF)

3.1.2.9. Auxílio Funeral Familiar (AFF)

3.1.2.10. Doenças Graves (DG)

3.1.2.11. Cesta Básica - Morte

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

3.1.3.1. Inclusão Facultativa de Cônjuge

3.1.4. As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice e na Proposta de Adesão.

3.1.5. As condições aplicáveis às coberturas adicionais e cláusulas suplementares estão reguladas nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e na Proposta de Adesão.

3.1.6. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, a Importância Segurada será destinada exclusivamente à cobertura de reembolso das despesas com o funeral dos mesmos, e será paga mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas do Seguro de Vida em Grupo os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

4.1.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

4.1.2. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;

4.1.3. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

4.1.4. Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Proposta de Adesão de seguro, ou do aumento do Capital Segurado quanto ao valor aumentado;

- 4.1.5. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.1.6. Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**
- 4.1.7. Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;**
- 4.1.8. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- 4.1.9. Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- 4.1.10. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- 4.1.11. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- 4.1.12. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- 4.1.13. Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- 4.1.14. Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.1.15. Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**

- 4.1.16. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- 4.1.17. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e**
- 4.1.18. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.2 nestas Condições Gerais.**
- 4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS das Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Indenização Especial por Morte Acidental e Indenização por Invalidez Permanente por Acidente Majorada, os eventos decorrentes de:**
 - 4.2.1. Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
 - 4.2.2. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
 - 4.2.3. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
 - 4.2.4. Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
 - 4.2.5. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
 - 4.2.6. Choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
 - 4.2.7. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escape acidental de gases e vapores;**
 - 4.2.8. Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - 4.2.9. Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados,**

em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.2.10. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

4.2.11. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e

4.2.12. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.

4.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por morte e por invalidez permanente decorrentes do mesmo acidente não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, **a Seguradora pagará a indenização devida para morte, deduzida a importância já paga por invalidez**, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para morte.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Este seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, sejam naturais ou acidentais.

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

7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

7.1. Não haverá carência e franquia para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

7.2. A Seguradora poderá adotar carência para as coberturas de Morte e de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência do Seguro, e constará na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Segurado.

7.3. Poderá haver carência para a cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária - SERIT, nos prazos e condições fixados nas respectivas Condições Especiais.

7.4. O presente seguro não prevê a adoção de franquia, exceto para a cobertura adicional de Renda

por Incapacidade Temporária – SERIT, conforme disposto nas respectivas Condições Especiais.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Aceitação da Proposta de Adesão

8.1.1. A contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8.1.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

8.1.2.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

8.1.3. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item **8.1.2.1.**

8.1.4. A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Segurado, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio, eventualmente efetuado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

8.1.5. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8.1.6. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item **8.1.2.1**, nestas Condições Gerais.

8.1.7. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

8.2. Inclusão de Segurados

8.2.1. A inclusão dos Dependentes, desde que contratada a Cláusula Suplementar, será de forma facultativa, devendo abranger o cônjuge do Segurado Titular, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

8.2.2. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com

indicação da data e hora do seu recebimento.

8.2.3. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, independentemente do valor contratado, o Capital Segurado se limita, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

8.3. Somente serão aceitos os proponentes que, na data da sua adesão ao seguro, se encontrarem em:

- Boas condições de saúde e
- Condições de exercer atividade laborativa.

8.4. Os aposentados poderão participar do seguro, exceto da Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária - SERIT, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.

8.5. Os Segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da Apólice, poderão continuar no seguro, desde que os prêmios continuem sendo pagos integralmente, exceto na Cobertura Adicional Renda por Incapacidade Temporária – SERIT e de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

8.6. Aceita a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do Certificado Individual ao Segurado.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. Vigência da Apólice do Seguro

9.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Adesão.

9.1.2. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nelas indicadas.

9.1.3. Quando a Proposta de Adesão for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

9.1.4. Quando a Proposta de Adesão não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da aceitação da proposta pela Seguradora, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.1.5. O início e término de vigência individual de cada Segurado vigorarão enquanto vigorar a

Apólice, desde que respeitados os demais termos nestas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento, previstas nos itens **20** e **21** nestas Condições Gerais.

9.2. Renovação do Seguro

- 9.2.1.** A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Segurado, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.
- 9.2.2.** A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 9.2.3.** Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Segurado, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Segurado, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

10. CERTIFICADO INDIVIDUAL

10.1. No início de vigência da cobertura, nos reenquadramentos etários, bem como nas renovações do seguro, se houver, bem como por ocasião de qualquer alteração contratual que venha a ser feita pelas partes, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- 10.1.1.** Data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência do Seguro;
- 10.1.2.** Capitais Segurados das coberturas contratadas; e,
- 10.1.3.** valor do prêmio vigente.

10.2. Quando houver carência estabelecida para a(s) cobertura(s) contratada(s), ela também será indicada no Certificado Individual.

11. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro, o custeio será “contributário”, ou seja, os Segurados pagarão o valor total do prêmio.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. É da responsabilidade do Segurado a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

- 12.1.1.** As formas de pagamento poderão ser: carnês, débito em conta bancária, débito na fatura do cartão de crédito e desconto em folha de pagamento.

12.1.1.1. Quando o Segurado optar pelo pagamento do prêmio mediante desconto em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento do Seguro, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

12.1.2. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Adesão, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

12.1.2.1. Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.1.2.2. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da Apólice.

12.2. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.3. Se o Sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item **13** nestas Condições Gerais.

12.4. Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

13.1. O Segurado, em atraso com o pagamento dos prêmios, será notificado para pagamento do prêmio em atraso, corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento), ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança.

13.1.1. Na falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto do item **21.2.9**, dessas Condições Gerais.

13.2. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s), com os encargos previstos no item **13.1** nestas Condições Gerais.

13.3. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos.

14. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

14.1. Considera-se como data do evento, para efeito da(s) cobertura(s) básica(s), a data do falecimento do Segurado.

14.1.1. Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento estará fixada nas respectivas Condições Especiais.

14.2. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Segurado, ou por seus Beneficiários, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item **18** nestas Condições Gerais.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada constará na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

15.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

15.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, para a Cobertura Básica, a data do falecimento do Segurado.

15.2.2. Para as coberturas adicionais, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

16. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE

16.1. Além da atualização prevista no item **17.1** destas Condições Gerais, no decorrer do Seguro e suas renovações, os prêmios também serão reenquadrados, anualmente, de acordo com a idade do Segurado, a partir da data do início da nova vigência, se houver renovação do seguro, de acordo com a tabela abaixo, conforme produtos contratados:

Idade do Segurado	% Máximo de Reenquadramento		
	VG	SERIT	DG
Até 30 anos	-	-	-
31 anos	3,95%	1,61%	11,14%
32 anos	2,53%	1,64%	11,43%
33 anos	3,70%	1,67%	11,52%
34 anos	4,76%	2,50%	11,46%
35 anos	4,55%	2,56%	11,52%
36 anos	5,43%	2,63%	10,52%
37 anos	6,19%	2,70%	10,71%
38 anos	7,77%	2,77%	10,91%
39 anos	9,91%	2,47%	11,03%

40 anos	9,84%	2,54%	11,28%
41 anos	11,19%	2,60%	11,28%
42 anos	12,08%	2,67%	11,44%
43 anos	13,17%	2,80%	11,48%
44 anos	12,70%	2,90%	11,52%
45 anos	12,68%	2,98%	11,58%
46 anos	12,08%	3,07%	10,76%
47 anos	11,90%	3,17%	10,95%
48 anos	10,96%	3,27%	11,09%
49 anos	10,48%	3,99%	11,22%
50 anos	10,03%	4,16%	11,31%
51 anos	9,11%	4,34%	5,76%
52 anos	8,58%	4,54%	5,82%
53 anos	8,11%	4,75%	5,87%
54 anos	7,50%	4,91%	5,91%
55 anos	7,16%	5,16%	5,96%
56 anos	7,01%	5,44%	5,41%
57 anos	6,71%	5,76%	5,50%
58 anos	6,58%	6,11%	5,59%
59 anos	6,72%	7,24%	5,67%
60 anos	7,20%	8,48%	8,00%
61 anos	7,67%	9,72%	5,82%
62 anos	8,46%	10,96%	5,90%
63 anos	9,14%	12,86%	5,95%
64 anos	9,69%	13,01%	6,00%
65 anos	10,21%	13,49%	6,04%
A partir de 66 anos, a cada renovação da apólice	10,00%	14,00%	8,00%

16.2. A Seguradora reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado.

16.3. No seguro contratado com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, o reenquadramento deste seguirá os mesmos parâmetros utilizados para o Segurado Principal.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

17.1. Os Capitais Segurados de todas as coberturas contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização. Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

17.2. Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.

17.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1.** Observado o disposto no item **14**, nestas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.
- 18.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, exceto as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 18.3.** Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.
- 18.4.** O pagamento do Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em parcela única em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item **18.7** e seguintes, nestas Condições Gerais:
- a) Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e, quando for o caso, com assinatura do Segurado;
 - b) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
 - c) Cópia da Certidão de Óbito;
 - d) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
 - e) Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
 - f) Cópia do Laudo do I.M.L. (em caso de morte acidental);
 - g) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
 - h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado).
- 18.5.** Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item **18.4** nestas Condições Gerais, deverão ser apresentados:
- 18.5.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM), quando contratadas:**
- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
 - b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de

invalidez em percentual do respectivo membro lesado;

- c) Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
- d) Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

18.5.2. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):

- a) Relatório do médico assistente, com firma reconhecida:
 - a.1) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - a.2) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

18.5.2.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante.

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

18.5.3. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):

18.5.3.1. Documentos mencionados no **18.5.2;**

18.5.3.2. Declaração do Imposto de Renda que comprove a principal renda percebida pelo segurado dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento;

18.5.3.3. Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:

- a) De Qualificação Civil;
- b) Do registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);
- c) Anterior a do Contrato de Trabalho;
- d) Posterior a do Contrato de Trabalho.
- e) - Cópia do recolhimento do INSS dos 12 (doze) últimos meses anteriores à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo);

18.5.3.4. Cópia do recibo de recolhimento Carnê Leão dos 12 (doze) últimos meses anteriores

à data de ocorrência do evento. (Quando autônomo) e

18.5.3.5. DECORE (Declaração comprobatória de percepção de rendimentos), quando autônomo.

18.5.4. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT (módulos Especial e Completo): o pagamento da primeira renda diária contratada será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar do 11º (décimo primeiro) ou 8º (oitavo) dia, de acordo com a franquia contratada, da data do início de afastamento de suas atividades laboral profissionais, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo, observado o disposto no item **18.4** e seguintes, nestas Condições Gerais:

- a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente;
- c) Formulário de autorização de pagamento
- d) Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente;
- e) Exames complementares realizados que comprovem o evento:
 - Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
 - Cópia legível dos exames de imagem com a devida identificação (data e nome) na película;
 - Cópia do Atestado Médico constando a CID, devidamente assinado e carimbado com CRM;
 - Cópia do Laudo Anatomopatológico, caso tenha sido realizado;
 - Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença;
 - Cópia completa do Boletim de Alta Médica Hospitalar, se for o caso
- f) Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;
- g) Atestado médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora:
 - Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar;
 - Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado;
 - Cópia do Termo de Concessão do INSS;
 - Cópia do Laudo de Perícia do INSS;

- Formulário Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo favorecido;
- Cópia completa do Relatório de Produção com demonstrativo de pagamento e o analítico;
- Relatório Médico complementar, elaborado pelo médico assistente, informando qual o tratamento instituído, medicamento prescritos, prognóstico e evolução da patologia;
- Relação emitida pela Unimed ou da operadora de plano de saúde, do qual você é cooperado ou usuário, dos exames, tratamentos e consultas realizados desde o início de vigência do plano;

18.5.4.1. Para os profissionais autônomos:

- a) Cópia autenticada do recolhimento do ISS;
- b) Cópia autenticada do recolhimento do INSS;
- c) Cópia autenticada do recibo de recolhimento Carnê Leão;
- d) Cópia do IRRF do último exercício realizado;
- e) Termo de Autorização devidamente preenchido, assinado com reconhecimento da firma do declarante;
- f) Cópia legível do comprovante de Vínculo Associativo;
- g) Cópia do Requerimento de Empresário;
- h) Cópia atualizada do Extrato do Simples Nacional no período dos últimos 2 anos.
- i) Declaração do CRM estatual atestando que o Proponente está exercendo atividade laborativa

18.5.4.2. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.

18.5.4.3. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br

18.5.4.4. A documentação deverá estar no idioma nacional, caso contrário, o segurado deverá providenciar tradução juramentada.

18.5.5. Para a cobertura de Auxílio Funeral (AF) ou Auxílio Funeral Familiar (AFF):

- a) Comprovante de residência, Documento de Identidade e CPF da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral; e
- b) Notas Fiscais nominais e originais;
- c) Dados bancários daquele que efetuou o referido pagamento.

18.5.5.1. o caso de crédito em conta corrente, o credor do reembolso deverá enviar solicitação formal para crédito em conta, informando os dados da conta corrente: número e nome do banco, número e nome da agência e número da conta corrente.

18.5.6. Para a cobertura Doenças Graves:

- a) Declaração médica emitida por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes ao Segurado, que conste qualquer doença ou procedimento, relacionada nas condições especiais.

18.5.7. Documentos dos Beneficiários em caso de Morte:

18.5.7.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário:

- a) **Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) **Se menor de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

18.5.7.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário e inexistindo cláusula beneficiária que conste na Proposta de Adesão, mediante aplicação da previsão legal instituída no Código Civil Brasileiro:

- a) **Cônjuge:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada pós óbito e Comprovante de Residência;
- b) **Companheiro** (a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
- b.1) **Se Segurado solteiro:**
- Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas com firma reconhecida;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
 - Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.
- b.2) **Se Segurado viúvo:**
- Certidão de Casamento do Segurado;
 - Certidão de Óbito do cônjuge;

- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Se Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

18.5.7.3. Nas situações em que o Segurado não indicar seus Beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do

processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

18.5.7.4. Em caso de Beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

18.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

18.7. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

18.8. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **18.4** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

18.9. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **18.4**, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

18.9.1. Juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;

18.9.2. Multa de 2% (dois por cento);

18.9.3. Atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação;

18.9.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Proposta de Adesão.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

19.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que comprovadamente entregue à Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.

19.2. Não sendo indicado o Beneficiário, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

19.3. Se a Seguradora não for informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o

Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

- 19.4.** No caso do Beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.
- 19.5.** Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e de Invalidez Laborativa Permanente por Doença (ILPD), Renda por Incapacidade Temporária – SERIT, o beneficiário será o próprio Segurado Principal.
- 19.6.** Para o caso de morte do Segurado dependente, incluído por Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.
- 19.7.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do cônjuge deverá ser pago aos herdeiros legais deste.
- 19.8.** No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, incluído por Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, o beneficiário será o próprio Segurado Dependente.
- 19.9.** É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do seguro, o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).
- 19.10.** Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 19.11.** A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA

20.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- 20.1.1.** Com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice que instrumentaliza a contratação do seguro entre Segurado e Seguradora;
- 20.1.2.** Quando o Segurado Titular solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- 20.1.3.** Com o falecimento do Segurado Titular ou quando este vier a receber indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- 20.1.4.** Em caso de aposentadoria, caso o segurado deixe de exercer atividade laboral remunerada, será a obrigação do segurado comunicar à Seguradora a sua aposentadoria tão logo receba

o aviso de concessão da aposentadoria pelo órgão oficial para as coberturas de SERIT Completo ou SERIT Especial.

- 20.1.5.** Automaticamente, se o Segurado, seus Representantes, Dependentes ou Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- 20.1.6.** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus Representantes ou Beneficiários;
- 20.1.7.** Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item **21** nestas Condições Gerais.
- 20.1.8.** As coberturas de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) não se acumulam.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 21.1.** A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 21.2.** A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:
 - 21.2.1.** Por solicitação, por escrito, do Segurado Principal;
 - 21.2.2.** Automaticamente com a morte do Segurado Principal;
 - 21.2.3.** Automaticamente com o recebimento do Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
 - 21.2.4.** Automaticamente com o recebimento do Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - 21.2.5.** Automaticamente se o Segurado, seus representantes legais, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
 - 21.2.6.** Automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou representantes legais;
 - 21.2.7.** Automaticamente se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
 - 21.2.8.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo

decorrido.

21.2.9. Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **13** nestas Condições Gerais.

21.2.10. Por mútuo acordo entre Seguradora e o Segurado.

21.3. A cobertura dos Segurados Dependentes será cancelada nos seguintes casos:

21.3.1. Automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Titular, qualquer que seja a causa;

21.3.2. Quando solicitado por escrito pelo Segurado Principal;

21.3.3. Quando desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora;

21.3.4. Com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

21.3.5. Os prêmios eventualmente pagos após a comunicação da dissolução da sociedade conjugal, ou da união estável, serão devolvidos ao Segurado Principal.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes ou dos seus Beneficiários:

22.1.1. Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;

22.1.2. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

22.1.3. Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;

22.1.4. Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e

22.1.5. Não fornecimento da documentação solicitada.

22.2. A Seguradora não pagará qualquer indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

22.4. É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

22.4.1. Em caso de agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

22.4.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem **22.4.1**, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

22.5. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item **22.1**, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

22.5.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

22.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

22.5.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

23. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

23.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na

defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

- 23.1.1.** Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

24. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 24.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 24.1.1.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 24.1.2.** O prazo para constituição da junta médica será de no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

25. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 25.1.** Qualquer alteração da Proposta de Adesão, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.
- 25.1.1.** À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Adesão.
- 25.1.2.** Qualquer alteração no Seguro, durante a sua vigência, ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa do Segurado e deverá ser realizada por aditivo, ratificada pelo correspondente endosso.
- 25.2.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Segurado.
- 25.3.** Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

26. PRAZOS PRESCRICIONAIS

Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante ou do Corretor, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Especiais, as Coberturas Adicionais, as Cláusulas Suplementares, a Apólice, e a Proposta de Adesão, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

28. COMUNICAÇÃO

O **SEGURADO** está ciente e plenamente de acordo que a **SEGURADORA** por si, ou por meio de qualquer terceiro por ela contratado para este fim, poderá encaminhar toda e qualquer documentação relacionada a contratação deste seguro, eventuais comunicações, intimações e avisos, por correspondência e/ou através de outros meios, inclusive os eletrônicos, tais como: e-mail, sms, whatsapp ou quaisquer outros serviços de mensageria, que sejam disponibilizados/utilizados pela **SEGURADORA** para esse fim.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 29.1.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 29.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 29.3.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da Apólice.
- 29.4.** Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do Segurado ao seguro.
- 29.5.** A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

30. FORO

- 30.1.** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para o

processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora.

30.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item **30.1**.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado aos Beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência exclusiva de acidente coberto pelo seguro, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 5.2.** Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente (IPA), em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 4 nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item **18.4** nas Condições Gerais.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

7.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais, e no item **7.2** nestas Condições Especiais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo capital contratado ao Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÃO

Invalidez Permanente por Acidente (IPA) é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 9 destas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.
- 3.2. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.3. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, **independentemente da sua profissão**. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), **do percentual previsto para o membro ou órgão lesado**.
- 3.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura**; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total**.

- 3.5. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já comprometido e/ou lesionado antes do acidente **não dá direito a indenização**, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, **caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente**.
- 3.6. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito à indenização por invalidez permanente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos nos itens 2.2 e 4 nas Condições Gerais.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 6.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.
- 6.1.1. **A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só estado de invalidez permanente.**
- 6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.
- 6.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 24 nas Condições Gerais.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, do Segurado Titular, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 7.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.

- 7.3.** Caso o Segurado venha a se tornar totalmente inválido, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por Invalidez Permanente Parcial, será deduzido do capital previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.
- 7.4.** Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após seu pagamento.
- 7.5.** Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item **9** destas Condições Especiais, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga pela Seguradora e o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte acidental.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5**, nesta Condição Especial, e **18**, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e **18.5.1** nas Condições Gerais.
- 8.2.** 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 deverá a indenização.
- 8.3.** A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item **9** nestas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.
- 8.4.** No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 8.5.** Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos ou função, além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução, máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do capital previsto para o membro ou órgão lesado.
- 8.6.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura; havendo duas ou mais

lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.

9. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Discriminação	% sobre Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE 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
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15

Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Equivalente a 1/2 do respectivo dedo
Perda dos demais dedos	Equivalentes 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	Sem indenização
DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	

Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10

PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20

Síndrome pós-concussional	05
PERDA DO BAÇO	15

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 10.1.** A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, exceto quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 10.2.** A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 11.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
- a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica, ou
 - b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 11.2.** Esta cobertura **termina**:
- a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Com o falecimento do Segurado;
 - d) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.
- 11.3.** Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais, observado o disposto no item **11.2** nestas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em



relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo capital contratado ao Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais, e na Proposta de Adesão, caso o acidente resulte em:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos dedos polegares;
- Perda total da visão de um dos olhos;
- Perda total incurável dos dois ouvidos.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 2.1.** Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.
- 2.2.** Esta cobertura somente pode ser contratada como adicional à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 2.3.** Excluem-se desta Cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item anterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos eventos previstos nos itens 2.2 e 4 nas Condições Gerais, estão expressamente excluídas desta cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item anterior.

4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 5.1. A Invalidez Permanente por Acidente Majorada será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.
- 5.1.1. **A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só estado de invalidez permanente.**
- 5.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.
- 5.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item **24** nas Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta cobertura será igual ao valor máximo do Capital Segurado da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e estará expresso no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão.
- 6.2. As indenizações por Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente (IPA) e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM), decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de Invalidez Permanente Parcial por Acidente (IPA), o valor da indenização ficará reduzido à diferença entre a importância segurada para a presente cobertura e a indenização paga em razão de invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.
- 6.3. Esta cobertura se extingue com o pagamento do capital segurado de pelo menos um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais coberturas contratuais.
- 6.4. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento desta cobertura, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a cobertura de morte acidental.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4**, nesta Condição Especial, e **18**, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e **18.5.1** nas Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

8.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

8.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **8.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

V. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do capital contratado ao Segurado, no caso de Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes do item 2 das Condições Gerais, aplicam-se a esta cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- 2.1. **Agravo Mórbido** é a piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental** é o distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor** é o conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa Principal** é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.5. **Ato Médico** é o procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.6. **Auxílio** é a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.7. **Cardiopatia Grave** é a doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição** é o conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida** é a capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção** é o definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos** são o peso e a altura do Segurado.

- 2.12. Deambular** é o ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. Declaração Médica** é o documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. Deficiência Visual** é qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica** é a incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica** é a doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade** é a doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo** é a doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. Doença do Trabalho** é aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.20. Doença em Estágio Terminal** é aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.21. Doença Neoplásica Maligna Ativa** é o crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.22. Doença Profissional** é aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.23. Estados Conexos** representam o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.24. Etiologia** é a causa de cada doença.
- 2.25. Fatores de Risco e Morbidade** são fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interajam.
- 2.26. Funções Autonômicas ou Relações Autonômicas** são atividades de vida diária - físicas, mentais e fisiológicas - habitualmente realizadas sem ajuda de terceiros ou de dispositivos e aparelhos, e que, uma vez comprometidas, levam à perda de existência independente do indivíduo, como, por exemplo, quanto à higiene, alimentação, locomoção, funções fisiológicas (respiração, circulação, excreção, nutrição).
- 2.27. Hígido** é saudável.

2.28. Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença é a perda da existência independente do Segurado, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou Especiais do seguro.

- a) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.29. Médico Assistente é o médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.30. Perda da existência independente do segurado consiste na ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do Seguro.

2.31. Prognóstico é o juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.32. Quadro Clínico é o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.33. Recidiva é o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.34. Refratariedade Terapêutica é a incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

2.37. Sequela é qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.38. Transferência Corporal é a capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumula com a cobertura básica Morte, com a cobertura adicional de Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA), de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA).

3.3. Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Consideram-se como riscos cobertos, observado o disposto no item **2.28** destas Condições Especiais, a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

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

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

4.2. Consideram-se como cobertos, ainda, outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

a) O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1 item 13.1), que avalia, através de escalas, compreendendo três graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos). O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes desta Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 13.2 item 13.2), que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:

5.2. A perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

5.3. Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

5.4. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.

7. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 7.1. A Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item **18.4** e **18.5.2** nas Condições Gerais.
- 7.2. É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exames objetivando apurar a caracterização da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.
- 7.3. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 7.4. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item **24** das Condições Gerais.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O valor do Capital Segurado para esta cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 8.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e **18.5.2** nas Condições Gerais.
- 9.2. Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por essa cobertura ser uma antecipação da cobertura básica, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.
 - a) Não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), o seguro continuará em vigor, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas

Condições Gerais e Proposta de Adesão, sem qualquer devolução de prêmios.

- 9.3.** Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) Beneficiário(s).

10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 10.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

- 10.2.** Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;
- d) Com o falecimento do Segurado.

11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 11.1.** Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **20** e **21** nas Condições Gerais, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais.
- 11.2.** Em caso de pagamento de prêmio após o cancelamento da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

13. ANEXOS - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL (IAIF)

13.1. Anexo 1 - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais, e, de Estados Conexos

Atributos	Escalas	Pontuação
Relações do Segurado com o cotidiano	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do segurado com a vida	1º GRAU: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

13.2. Anexo 2 - Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO ESPECIAL

1. OBJETIVO

Esta Cobertura desde que contratada, tem por objetivo o pagamento ao Segurado, de uma importância limitada ao capital contratado, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da atividade laboral, em consequência de acidente pessoal ou doença, desde que o Segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade laboral, remunerada ou não, e observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes do item 2 das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- 2.1. Capital Segurado** é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- 2.2. Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, ocorridos na vigência desta cobertura e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as condições contratuais;
- 2.3. Franquia** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.4. Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;
- 2.5. Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização; os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;
- 2.6. Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido pela quantidade de dias que tem no mês.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1.** Observado o disposto no item 8.2 das Condições Gerais, serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:
 - a)** Estejam exercendo atividade laboral remunerada, objeto desta cobertura;
 - b)** Estejam em boas condições de saúde.

- 3.2.** A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao ônjugue incluído por adesão à Cláusula Suplementar.
- 3.3.** A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo Completo, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- e) Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta cobertura;
- f) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- g) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;
- h) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse ("stress"), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- i) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- j) Tratamento odontológico e ortodôntico;
- k) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.
- l) Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcial ou integralmente alguma atividade relativa à sua ocupação que lhe atribua renda, independente da profissão informada no ato da contratação.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1.** Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laboral remunerada.
- 5.2.** Nos eventos ocorridos em território internacional, o período de indenização será contado após o retorno ao Brasil e mediante comprovação da necessidade de afastamento de toda e qualquer atividade laboral.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, Proposta de Adesão e no Certificado Individual a título de Renda Mensal, devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado.
 - 6.1.1.** A Renda diária (ou Capital Segurado diário) será obtida multiplicando a renda mensal por doze e dividindo e por 365 dias.
- 6.2.** O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Contratação e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 9 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias), independente da renovação.
- 6.3.** A indenização será devida com cumprimento da franquia contratada que termina após o 8º (oitavo dia) ou 11º (décimo primeiro dia) de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.
- 6.4.** A cobertura somente será devida mediante a comprovação pelo Segurado da perda de renda de toda e qualquer atividade laboral, decorrente do evento que gerou o afastamento.
- 6.5.** Para pagamento do sinistro, o Segurado deverá comprovar com os documentos a partir de quando houve a privação de seus rendimentos de toda e qualquer atividade laboral em decorrência do fato gerador, observado o disposto no item 18 das Condições Gerais.
- 6.6.** Para os eventos ocorridos em território internacional, o período de indenização será contado após o retorno ao Brasil, mediante comprovação da necessidade de afastamento de toda e qualquer atividade laboral, exercida pelo Segurado.

7. CARÊNCIAS

- 7.1.** A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
 - 7.1.1.** **180 dias** para eventos decorrentes de:

- a) Lesões classificadas sob nomenclatura de L.E.R. – Lesão Por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo ou L.T.C. Lesões por Trauma Contínuo ou Continuado que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº1.339/1999.
- b) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem accidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral. Se forem de causa accidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não haverá carência.
- c) Patologias de coluna de qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- d) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
- e) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- f) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.
- g) Patologias de ombro, de qualquer natureza, inclusive accidentais. Apenas fraturas e/ou luxações não têm carência por se tratar de acidente.
- h) Mialgia ou dor Miofascial.
- i) Síndrome cervicobraquial (M53.1).
- j) Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
- k) Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estiloide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
- l) Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
- m) Fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
- n) Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrite do ombro (M75.0)).
- o) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).

- p) Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
 - q) Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
 - r) Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
 - s) Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
 - t) Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).
 - u) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
 - v) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem accidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral.
- 7.1.2. **60 dias** para distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disfonia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fascíte plantar.
 - 7.1.3. **30 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item 7.1.1.
 - 7.1.4. não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.
- 7.2. Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, **as carências**, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão de:
- a) **180 dias** para eventos previstos no item 7.1.1 destas Condições Especiais;
 - b) **90 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item 7.1.1 destas Condições Especiais;
- 7.2.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

8. FRANQUIA

- 8.1. Neste seguro poderão ser aplicadas franquias durante as quais, em caso de sinistro, a Seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do Capital Segurado.
- 8.2. O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica formal.

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1.** Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 9.2.** Independentemente do período de afastamento prescrito, observar-se-á que o limite de indenização, será de:

9.2.1. 60 (sessenta) dias, durante a vigência anual do seguro para:

GRUPO 1

- a) LER / DORT / LTC.
- b) Síndrome cervicobraquial (M53.1).
- c) Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
- d) Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estilóide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
- e) Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
- f) Fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
- g) Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrose do ombro (M75.0)).
- h) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
- i) Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
- j) Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
- k) Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
- l) Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
- m) Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).
 - Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
 - Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral.

GRUPO 2

- a) **PATOLOGIAS DE COLUNA** - De qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- b) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.

GRUPO 3

- a) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- b) Distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disfonia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fasceíte plantar.
- c) Mialgia e/ou Dor Miofascial.

GRUPO 4

- a) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

9.1.1.1. Os períodos de afastamento relativos aos eventos mencionados no item 9 destas Condições Especiais serão considerados no cálculo do período indenitário contratado.

9.1.1.2. Caberá indenização para diferentes patologias de grupos diferentes que justifiquem o afastamento até esse limite, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

9.1.1.3. Não caberá mais de uma indenização para patologias de um mesmo grupo, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

- a) Até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para ocorrência dos demais Eventos Cobertos decorrentes de acidente ou doença, exceto aqueles previstos nos riscos excluídos.

9.3. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

9.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 24 das Condições Gerais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 5 nesta Condição Especial, e 18 nas Condições Gerais, devendo o Proponente apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 18.4 e 18.5.4 nas Condições Gerais.

10.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item **18.4** das Condições Gerais.

10.3. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “APP ou pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br.

11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade laborativa, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro, em razão de um ou de vários eventos.

11.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.3. A Seguradora poderá fiscalizar, por si, ou por meio de empresas terceiras contratadas para essa finalidade, se o Segurado encontra-se afastado de suas atividades laborais no período do afastamento declarado no aviso de sinistro.

a) Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0.5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

11.4. O Segurado deverá avisar a Seguradora caso deixe de ter atividade laboral, seja por qualquer motivo, para que haja o devido cancelamento do seguro e a cessação da cobrança dos prêmios.

12. ALTERAÇÃO DE VALORES

12.1. O Segurado poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento.

12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item **9** das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item **7** destas Condições Especiais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

13.1. Esta Cobertura **começa** a vigorar:

- a) Início de vigência de acordo com o estabelecido no item **9** das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item **7** destas Condições Especiais.

13.2. Esta Cobertura **termina**:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais; e
- b) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e
- c) Quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta cobertura, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado, referente a esta cobertura adicional, mesmo que o seguro tenha sido renovado.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais do Seguro. As normas nelas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT - MÓDULO COMPLETO

1. OBJETIVO

Esta Cobertura desde que contratada, tem por objetivo o pagamento ao Segurado, de uma importância limitada ao capital contratado, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da atividade laboral, em consequência de acidente pessoal ou doença, desde que o Segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade laboral, remunerada ou não, e observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes do item 2 das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- 2.1. Capital segurado** é o valor da renda mensal contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- 2.2. Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente ou doença cobertos, ocorridos na vigência desta Cobertura e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as condições contratuais;
- 2.3. Franquia** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.4. Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;
- 2.5. Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização; os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;
- 2.6. Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido pela quantidade de dias que tem no mês.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

- 3.1.** Observado o disposto no item 8.2 das Condições Gerais, somente serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:
 - a)** Estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta cobertura;
 - b)** Estejam em boas condições de saúde.

- 3.2.** A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional NÃO se estende ao cônjuge incluído por adesão à Cláusula Suplementar.
- 3.3.** A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo Especial, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;**
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;**
- c) Inseminação artificial;**
- d) Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- e) Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta Cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta Cobertura;**
- f) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;**
- g) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e ablação química cirúrgica;**
- h) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas;**
- i) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;**
- j) Tratamento odontológico e ortodôntico;**
- k) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.**
- l) LER/DORT/LTC – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo**

com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999: LER / DORT / LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como: síndrome cervicobraquial (M53.1), dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago, sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estiloide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas, transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9), fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0), lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrose do ombro (M75.0), síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas (M75.5), outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral, outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79), osteomalácia do adulto induzida por drogas, osteonecrose (M87): asséptica, por drogas e secundárias e doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).

- m) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
- n) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não será risco excluído.
- o) Patologias de coluna de qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- p) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.
- q) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- r) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do

Segurado de toda e qualquer atividade laboral remunerada.

- 5.2.** Nos eventos ocorridos em território internacional, o período de indenização será contado após o retorno ao Brasil, mediante comprovação da necessidade de afastamento de toda e qualquer atividade laboral.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, Proposta de Adesão e no Certificado Individual a título de Renda Mensal, devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado.
- 6.1.1.** A Renda diária (ou Capital Segurado diário) será obtida multiplicando a renda mensal por doze e dividindo por 365 dias.
- 6.2.** O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Adesão e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 9 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias), independente da renovação.
- 6.2.** A indenização será devida com cumprimento da franquia contratada que termina após o 8º (oitavo dia) ou 11º (décimo primeiro dia) de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.
- 6.3.** A cobertura somente será devida mediante a comprovação pelo segurado da perda de renda de toda e qualquer atividade laboral, decorrente do evento que gerou o afastamento.
- 6.4.** Para pagamento do sinistro, o Segurado deverá comprovar com os documentos a partir de quando houve a privação de seus rendimentos de toda e qualquer atividade laboral em decorrência do fato gerador, observado o disposto no item 18 das Condições Gerais.
- 6.5.** Para os eventos ocorridos em território internacional, o período de indenização será contado após o retorno ao Brasil e mediante comprovação da necessidade de afastamento de toda e qualquer atividade laboral, exercida pelo segurado.

7. CARÊNCIAS

- 7.1.** A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar, para eventos decorrentes de doença, após cumprido o prazo de carência de até 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
- **30 dias** para eventos decorrentes de doença;

- **Não há carência** para eventos decorrentes de acidentes.

7.2. Para aumento de capital segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, **as carências**, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão de até **90 dias** para eventos decorrentes de doença.

7.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.**

8. FRANQUIA

8.1. Neste seguro poderão ser aplicadas franquias durante as quais, em caso de sinistro, a Seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do Capital Segurado.

8.2. O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica formal.

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

9.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.

9.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

9.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item **24** das Condições Gerais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Proponente apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e **18.5.4** nas Condições Gerais.

10.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese o prazo previsto no item **18.4** das Condições Gerais.

10.3. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “APP ou pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br.

11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. O direito a Renda por Incapacidade Temporária cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade laboral, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro, em razão de um ou de vários eventos.

11.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.3. A Seguradora poderá fiscalizar, por si, ou por meio de empresas terceiras contratadas para essa finalidade, se o Segurado encontra-se afastado de suas atividades laborais no período do afastamento declarado no aviso de sinistro.

11.3.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0.5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

11.4. O segurado deverá avisar a Seguradora caso deixe de ter atividade laboral, seja por qualquer motivo, para que haja o devido cancelamento do seguro e a cessação da cobrança dos prêmios.

12. ALTERAÇÃO DE VALORES

12.1. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento.

12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item **9** das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto

no item 7 destas Condições Especiais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

13.1. Esta Cobertura **começa** a vigorar:

- a) Início de vigência de acordo com o estabelecido no item 9 das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item 7 destas Condições Especiais.

13.2. Esta Cobertura **termina**:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais; e
- b) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e
- c) Quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta cobertura, cessando, consequentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado, referente a esta cobertura adicional, mesmo que o seguro tenha sido renovado.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais do Seguro. As normas nelas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, têm função subsidiária.

VIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do capital contratado ao Segurado, no caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total, exclusivamente consequente de doença, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Atividade Laborativa Principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

2.2. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.1.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3.2. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio.

3.3.1. Se, nessas condições, houver a contratação por pessoa que não exerça qualquer atividade laborativa, a Seguradora devolverá o(s) prêmio(s) pago(s) para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

4.1. Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

(DORT) e Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC);

- 4.2. Eventos ou tratamentos de caráter experimental;
- 4.3. Doenças de caráter mental, psicológico ou psiquiátrico, exceto aquelas devidamente diagnosticadas através de exames neurológicos e que resultem na interdição judicial do Segurado, atestando a sua incapacidade de fato (nesse caso a liberação de indenização estará condicionada à apresentação do respectivo termo de curatela);
- 4.4. Dor crônica, sem substrato orgânico definido, incluindo fibromialgia e síndrome de dor miofascial;
- 4.5. Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para emagrecimento ou para rejuvenescimento com finalidade estética;
- 4.6. Estresse e suas consequências;
- 4.7. Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para finalidades estéticas, incluindo órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.8. Inseminação artificial, mudança de sexo ou esterilização;
- 4.9. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 6.1. A cobertura Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) será comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade.
 - 6.1.1. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
- 6.3. Ocorrendo a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação das coberturas básicas, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) devidamente coberta, imediata e

automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

6.3.1. Não ficando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), o seguro continuará em vigor, observadas os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão, sem qualquer devolução de prêmios.

6.4. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberto, será regularmente pago ao(s) Beneficiário(s).

6.5. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item **24** nas Condições Gerais.

7. CAPITAL SEGURADO

O valor do Capital Segurado para esta cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e **18.5.3** nas Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

- a)** Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b)** Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura **termina**:

- a)** Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente cobertura adicional;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c)** Imediata e automaticamente com o pagamento da indenização prevista nesta cobertura;
- d)** Com o falecimento do Segurado;
- e)** Quando o Segurado deixar de exercer atividade remunerada.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 10.1.** Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 10.2.** O pagamento da indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após indenização, devidamente atualizados.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

IX. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL – MORTE (AFM)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas de funeral, em caso de falecimento do Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado, ressalvados os riscos excluídos e os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÃO

Despesas de funeral são aquelas que se referem, exclusivamente, aos elementos fundamentais, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

- 5.1. Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo reembolso das despesas do funeral, quando devido e, desde que observado o limite do Capital Segurado;**
- 5.2. Busca (localização) ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;**
- 5.3. Despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

6. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 6 nesta Condição Especial, e 18 nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 18.4 e 18.5.5 nas Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens 20 e 21 nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 9.2 nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

X. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AFF)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas de funeral, em caso de falecimento do Segurado, Cônjuge e/ou Filhos, até o limite do Capital Segurado contratado, ressalvados os riscos excluídos e os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÃO

Despesas de funeral são aquelas que se referem, exclusivamente, aos elementos fundamentais, que compõem o funeral, velório e sepultamento em território nacional.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Essa cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura adicional de Auxílio Funeral.

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura adicional será a pessoa responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDAS desta cobertura:

- 5.1. Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo reembolso das despesas do funeral, quando devido e, desde que observado o limite do Capital Segurado;
- 5.2. Busca (localização) ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;
- 5.3. Despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

7. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **18.4** e Erro! Fonte de referência não encontrada.**18.5.5** nas Condições Gerais.
- 8.2. Caso as despesas com o serviço funeral sejam inferiores ao valor do Capital Segurado desta Cobertura, a diferença será paga ao(s) beneficiário(s) do Segurado ou ao próprio segurado em caso de cônjuge e/ou filhos, observado o disposto no item **18** das Condições Gerais.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de carência será de 30 (trinta) dias, contados da adesão do Segurado ao Seguro.
- 9.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto para a hipótese de suicídio do segurado, cônjuge e/ou filhos, ocorrido nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.

10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 10.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
 - a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
 - b) Em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.
- 10.2. Esta cobertura **termina**:
 - a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente cobertura;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Com o falecimento do segurado.

11. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

XI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do capital contratado ao Segurado, no caso de uma das Doenças Graves ou da realização de um Procedimento informado no item 4 desta cláusula, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÃO

Consideram-se como doenças graves e procedimentos cobertos exclusivamente os especificados nesta condição especial.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, eventualmente incluídos por força de cláusula complementar.

3.2. Esta cobertura adicional não pode ser contratada juntamente com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão cobertas as seguintes doenças ou procedimentos relacionados abaixo:

4.1.1. Neoplasia Maligna (Câncer)

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Neoplasia Maligna uma proliferação anormal das células, que foge parcial ou totalmente do controle, com efeitos agressivos sobre o organismo. Pode afetar diversos órgãos. Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos.
O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista ONCOLOGISTA e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

4.1.2. Infarto Agudo do Miocárdio

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Infarto Agudo do Miocárdio a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo.

A caracterização se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) histórico de dores torácicas típicas;
- b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, supra ou infradesnívelamento de SR, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma, Cinecoronariografia ou Cintilografia Cardíaca;
- c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, incluindo-se enzimas como: Troponina, CK-MB, TGO e TGP.

4.1.3. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como AVC qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia intracerebral e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro.

Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico.

4.1.4. Perda Total da Audição de ambos ouvidos

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Perda Total da Audição de ambos ouvidos a perda auditiva acima de 90 dB. Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por doença, exceto se decorrentes de doenças do sistema nervoso central. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:
- a) Limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

4.1.5. Diagnóstico de Doença de Parkinson

- **Definição:** Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades de vida diária normais de forma definitiva e não for possível o controle terapêutico da doença. Doença de Parkinson é uma doença degenerativa,

crônica e progressiva, que afeta o sistema nervoso central (Sistema Nervoso Extra-Piramidal) e provoca sintomas principalmente motores, como tremor e rigidez muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e distúrbios do equilíbrio e da marcha.

Trata-se de quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do, e caracterizado pelos seguintes sinais:

- a) **Tremor** - hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) **Rigidez muscular** - sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c) **Oligocinesia** - diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

Se a doença de Parkinson for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura.

4.1.6. Diagnóstico de Doença de Alzheimer

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Doença de Alzheimer a deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer deve atender a todos os seguintes critérios:

- a) Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- b) Alteração da personalidade.
- c) Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- d) Ausência de distúrbio da consciência.
- e) Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- f) A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

4.1.7. Diagnóstico de Esclerose Múltipla

- **Definição:** Para efeitos dessa cobertura, considera-se o diagnóstico definitivo de Esclerose Múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- a) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- b) Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

4.1.8. Doenças Cardíacas Crônicas Graves Grau IV

- **Definição:** Para efeito dessa cobertura, são consideradas Doenças Cardíacas Graves as doenças cardíacas crônicas que limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração, mesmo com tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, com capacidade funcional do coração grau IV. Grau IV - Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes mesmo em repouso apresentam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito, ou seja, sintomas em repouso.

Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional cardíaca são os seguintes:

- a) História clínica;
- b) Exame clínico;
- c) Eletrocardiograma basal;
- d) Teste de esforço cardiológico (ergométrico); (pacientes com NYHA Grau IV não são capazes de realiza-los, se conseguir não é grau IV)
- e) Ecodopplercardiograma bidimensional e/ou Cintilografia de Miocárdio.

4.1.9. Perda Total da Fala (Afasia Completa)

- **Definição:** Para efeito dessa cobertura, é considerada Perda Total da Fala a perda da capacidade para utilizar a linguagem devido a uma lesão na área do cérebro que a controla ou perda total e irreversível da capacidade física de falar (patologias causadoras de paralisia de ambas as cordas vocais confirmadas por otorrinolaringologista), estabelecida por um período contínuo de 12 meses. As causas psiquiátricas são excluídas.

4.1.10. Transplante de Órgãos (Quando o Segurado é o RECEPTOR)

- **Definição:** Para efeito dessa cobertura, são considerados Transplante de Órgãos o transplante prescrito formalmente pelo médico responsável e desde que seja o único

recurso para a recuperação da função do órgão afetado. Transplante que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa portadora de doença (receptor), por outro órgão normal de um doador (morto ou vivo), para tratamento de diversas doenças. Transplante de órgãos em que o Segurado participa como RECEPTOR de algum dos seguintes órgãos:

- a) Coração
- b) Fígado
- c) Pulmão
- d) Pâncreas
- e) Rim
- f) Medula óssea.

4.1.11. Cirurgia Coronariana

- **Definição:** Para efeito dessa cobertura, são consideradas Cirurgias Coronarianas as cirurgias a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia. Estarão cobertas apenas as cirurgias listadas abaixo:
 - a) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte
 - b) Cirurgia da Aorta
 - c) Cirurgia para troca de Válvula Cardíaca.
 - d) Vascular na Artérias Coronariana (By-Pass)

- 4.2.** Estão cobertas as doenças que não decorram de acidente, ou seja, decorrentes apenas de doenças, não relacionadas a traumas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

- a) Eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do segurado e não declaradas;
- b) Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais;
- c) A doença diagnosticada após o falecimento do segurado, não sendo ela originária da causa morte;
- d) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo de causa externa;

- e) Anomalias congênitas, independentemente de quando se manifestem;
- f) Diagnóstico de Neoplasia Maligna (Câncer):
 - Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
 - Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
 - Leucemia crônica;
 - Câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
 - Carcinoma não invasivo (carcinoma “in situ”) e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
 - Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
 - Câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior a 6 na classificação de Gleason ou superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
 - Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorra após o início de vigência da apólice.
- g) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma - ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos de infarto;
- h) Acidente Vascular Cerebral (AVC):
 - Ataques isquêmicos transitórios (AIT);
 - Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
 - Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
 - Hemorragia cerebral causada por acidente;
 - Hemorragia cerebral causada por tumores;
 - Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
 - Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
 - Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.
- i) Surdez de origem central (sistema nervoso central);
- j) Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e Hemorragias Cerebrais causadas: por acidentes de causas externas, por Tumor Cerebral, por cirurgia no Cérebro e por Obstrução da Artéria Oftálmica resultando um dano neurológico;
- k) Diagnóstico de Doença de Alzheimer:
 - Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

- l) Os quadros de doença de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado;
- m) Transplante de Órgãos (Quando o Segurado é o RECEPTOR):
 - Transplantes dos demais órgãos não listados;
 - Transplante de tecido;
 - Transplante de células-beta do pâncreas;
 - Autotransplante;
 - Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;
 - Colocação coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando se a colocação de coração humano no futuro;
 - Transplante de quaisquer órgãos não-humanos.
- n) Diagnóstico de Esclerose Múltipla:
 - Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
 - Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.
- o) Cirurgia Coronariana:
 - Quaisquer cirurgias não listadas;
 - Angioplastia;
 - Outros procedimentos intra-arteriais;
 - Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
 - Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data do diagnóstico médico da doença grave ou a data do procedimento, entre os elencados no item **4.1** destas condições especiais.

7. CARÊNCIA

O período de carência desta cobertura será de 90 (noventa) dias a partir do início de vigência da cobertura individual e na solicitação de aumento de capital segurado.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA

Para inclusão nesta cobertura, o proponente deverá:

- a) Preencher, de próprio punho e encaminhar a proposta de adesão informando suas condições de saúde;
- b) Possuir, na data de adesão idade dentro dos limites estabelecidos nas condições contratuais;
- c) Estar em plena atividade profissional e/ou boas condições de saúde de acordo com a declaração pessoal de saúde.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** O valor do Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 9.2.** Em caso de solicitação de aumento do capital segurado, será feita nova análise de risco, sendo necessário o preenchimento de nova proposta de adesão com declaração pessoal de saúde e atividades.
- 9.3.** Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou por qualquer outro índice que, por disposição legal, venha a substituí-lo.
- 9.4.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **18** das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos item **a)** nas Condições Gerais.
- 10.2.** Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias conforme item **7** desta Condição Especial e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora.
- 10.3.** Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa. A partir da ocorrência do primeiro sinistro, a cobertura prevista nesta cláusula será imediatamente cancelada.
- 10.4.** As Doenças Graves ou Procedimento coberto por esta garantia deverão ser comprovados por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico-científica e demais documentos estabelecidos no item **18** das Condições Gerais.
- 10.5.** Serão consideradas como mesmo evento as patologias relacionadas às Doenças e Procedimento

informado nesta Garantia que sejam reincidentes durante a vigência da Apólice e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária.

- 10.6.** Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 10.7.** O Beneficiário será o Segurado, ainda que assistido ou representado.

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

11.1. Esta cobertura quando contratada, começa a vigorar, para todos os Segurados Principais:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

11.2. Esta cobertura termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice;
- d) Com pagamento do capital segurado.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 12.1.** Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento observando o item **11.2** das Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 12.2.** O pagamento da indenização por Doenças Graves (DG) implica no cancelamento, automático da cobertura.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária

XII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA FACULTATIVA: CESTA BÁSICA - MORTE (CBM)

1. OBJETIVO

A presente cobertura facultativa, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado Titular, em caso de sua morte devidamente coberta, o pagamento de um auxílio alimentação (Cesta Básica), através de crédito em cartão magnético (cartão alimentação), observado o limite do Capital Segurado, bem como ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Adesão.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Segurado deverá nomear um Beneficiário específico para o recebimento deste benefício.

2.1.1. Não havendo nomeação deste Beneficiário pelo Segurado, a Seguradora destinará a indenização aos herdeiros legais, estabelecidos no Código Civil.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data do falecimento do Segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice e na Proposta de Adesão.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item **18.4** nas Condições Gerais.
- 7.2.** O valor do crédito do Cartão Alimentação, assim como o período de recebimento estarão expressos na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 7.3.** O pagamento do Capital Segurado será realizado em Território Nacional.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 8.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para o Segurado Titular da Apólice:
 - a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou
 - b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 8.2.** Esta cobertura **termina**:
 - a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;
 - b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
 - c) Com o falecimento do Segurado.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **8.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

XIII. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão facultativa do cônjuge do Segurado Principal no seguro, exclusivamente nas seguintes Coberturas:

- Cobertura Básica – Morte;
- Cobertura adicional de Indenização Especial para Morte Acidental (IEA);
- Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- Cobertura adicional de Doenças Graves (DG).

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação das Coberturas acima especificadas e desde que o Segurado Principal também as tenha contratado.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Para os efeitos desta Cláusula, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), desde que comprovada a união estável, por ocasião da ocorrência do sinistro.

2.2. Para fins desta cláusula, somente será permitida a contratação da(s) cobertura(s) do item 1 desta cláusula suplementar, desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.

2.3. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:

- Se encontre em boas condições de saúde e
- Atenda ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

2.4. A inclusão estará condicionada à análise do risco pela Seguradora.

2.5. A inclusão e permanência do cônjuge no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Principal.

2.6. Não poderá participar desta Cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como Segurado Principal.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. O Beneficiário da indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será sempre o Segurado Principal.

3.2. Para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, o beneficiário será o Segurado Dependente incluído por esta Cláusula.

3.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do cônjuge, os Capitais Segurados serão pagos aos respectivos Beneficiários indicados pelo Segurado Titular, ou se na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

4. CAPITAL SEGUADO

Os Capitais Segurados dos cônjuges, incluídos por esta cláusula, não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice e na Proposta de Adesão.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens **18.4** e **18.5.7** nas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

6.1. Esta cláusula **começa** a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência desta cláusula;
- b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cláusula **termina**:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cláusula;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA

Além das hipóteses previstas nos itens **20** e **21** nas Condições Gerais, esta cláusula cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **6.2** desta Cláusula Suplementar, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta cláusula faz parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cláusula, têm função subsidiária.

XIV. CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 -SAC Opção 6

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

E-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

- **FALE CONOSCO**

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

- **OUIDORIA**

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

- ✓ **Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:**

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, Beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do

problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- O nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da Apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

- Pelo site: preencher o formulário em [www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/)
- Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed – Ouvidoria

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

Cerqueira César - São Paulo – SP

CEP:01410-901

- Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- Presencialmente, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP: 01410-901



Unimed Seguradora S.A. | CNPJ/MF: 92.863.505/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7 | Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP | Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565 | Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br