

ATENÇÃO

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão, não configuram aceitação pela Seguradora.

As coberturas adicionais somente poderão ser adquiridas em conjunto com a básica. Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO COLETIVO UNIMED PROTEÇÃO EMPRESARIAL - SUCESSÃO - Contratação Coletiva – Versão 10/2015

Reg. SUSEP nº 15414.902308-2014-19

Cobertura Básica: Morte

Coberturas Adicionais:

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF)

Auxílio Funeral (AF)

1. OBJETIVO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao Estipulante, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2 No ato da contratação do seguro, o segurado firmará documento renunciando à faculdade de substituição de beneficiário, tendo em vista o objeto do presente seguro.

1.3 O valor do capital segurado recebido pelo Estipulante será, obrigatoriamente, destinado a pagar, aos sucessores do segurado, ou ao próprio segurado, seus haveres relativos às quotas que detinha ou detém como sócio do estipulante.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

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

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

- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas

b) Não se incluem nesse conceito:

- b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos - LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho - DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) 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.

Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

Apólice é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

Beneficiário é o Estipulante, que se obriga a utilizar o valor do capital segurado para o pagamento, ao segurado ou aos seus sucessores, de seus haveres relativos às quotas que detinha ou detém como sócio do estipulante.

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação e ou na Proposta de Adesão. **Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado;**

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais

Certificado Individual do Segurado é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, de eventuais Endossos, do Certificado Individual do seguro, das Cláusulas Adicionais e Suplementares;

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;

Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários;

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações das partes;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros;

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 Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro e que fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas. Será também o único beneficiário do seguro;

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas condições contratuais do Seguro;

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais;

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo societário com o Estipulante;

Nota Técnica Atuarial é documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais e as Condições Especiais;

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas;

Proponente é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;

Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;

Proposta de Adesão é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade em contratar o seguro, na qualidade de Estipulante, em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Cláusulas Suplementares, se houver;

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

Riscos excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

Segurado é a pessoa física que mantém vínculo societário com o Estipulante, e que nele desenvolva sua profissão regularmente aceita e incluída no seguro;

Seguradora é a UNIMED SEGURADORA S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios;

Sinistro é a ocorrência de um evento previsto nas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.

Sucedores são os herdeiros do segurado, previstos em lei ou em testamentos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais.

3.1.1. Cobertura Básica:

Morte - Garante ao Estipulante que é o Beneficiário, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.**

3.1.2. Coberturas Adicionais:

- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF);
- Auxílio Funeral (AF).

3.2. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a **básica obrigatória** e as demais facultativas.

3.2.1. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão **EXCLUÍDOS** de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- 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;
- 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;
- doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;
- tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- prática, por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;
- 1 nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;
- atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;
- ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- agravação intencional do risco por parte do Segurado e
- epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) os eventos decorrentes de:

- a) 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;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) 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, exceto em caso de acidentes decorrentes de seus atos quando se encontrava nos estados anteriormente citados;**
- f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- h) 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 – D.O.R.T., Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) 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;**
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e**
- l) 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

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

6.1.3. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

6.1.3.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la.

6.1.3.2. Caso a Seguradora exija documentos complementares para a análise e aceitação do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.3.1 acima.

6.1.4. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada automaticamente aceita.

6.1.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.1.6. 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 6.1.3 e seguintes destas Condições Gerais.**

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão do Segurado

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do Seguro.

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

6.2.2. A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.2.3. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco individual, **se encontrarem em:**

- **boas condições de saúde e**
- **condições de exercer atividade laborativa.**

6.2.4. A Seguradora **terá prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contado da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

6.2.5. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, **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, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.2.4.

6.2.6. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada automaticamente aceita.

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

6.2.8. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.2.9. 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 6.2.4 destas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

7.1.1. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

7.1.2. O início de vigência da Apólice se dará na data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou na data de recepção da Proposta, pela Seguradora, caso seja aceita, se esta for recebida juntamente com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio.

7.1.3. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário**, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.1.3.1. A renovação automática prevista no item 7.1.3 **só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.**

7.1.4. Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

7.1.5. O início e o término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

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

7.2.2. A vigência do seguro, **desde que aceita a Proposta de Adesão**, terá início:

- na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;
- no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;
- em outra data, se definida no Contrato.

7.2.2.1. Se as Propostas de Adesão forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da Proposta de Adesão, pela Seguradora, caso sejam aceitas.

7.2.2.2. O início e término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b) Capitais Segurados das coberturas contratadas; e,
- c) valor do prêmio total.

8.2. Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.

8.3. A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. A Seguradora poderá adotar carência para a cobertura de Morte Natural, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência da Apólice, e constará na Proposta de Adesão, na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual do Segurado.

9.2. Não haverá carência 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.

9.3. O presente seguro não prevê a adoção de franquia.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro, o custeio será **não contributivo**, em que os Segurados não pagam prêmio.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1. É da **responsabilidade do Estipulante a quitação**, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

11.1.1. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto no Contrato, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

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

12.2.1. 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.

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

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

12.1. A falta de pagamento do prêmio em seu vencimento não acarretará a suspensão automática das coberturas, que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 12.1.1.

12.1.1. O Estipulante, em atraso com o pagamento do prêmio, **será notificado para pagamento do valor 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, que não será inferior a 10 (dez) dias contados da notificação.**

12.1.2. 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.

12.2. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, estarão cobertos **mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento do valor a ser pago, conforme o caso, com os encargos previstos no item 12.1.1.**

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, do Certificado Individual e do Contrato.

13.2. 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.

13.2.1. 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.

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

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. O Capital Segurado de todas as coberturas contratadas e 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 (sessenta) dias da data da atualização.

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

14.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador, considerando-se o índice imediatamente anterior.

14.4. Na falta ou extinção do índice IPC-A/IBGE, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

15. OCORRÊNCIA DO EVENTO

15.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora** pelo Corretor, pelo Estipulante ou pelo Segurado, **logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais.**

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. *Observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais, para o recebimento do Capital Segurado, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.*

16.2. *As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.*

16.2.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

16.3. 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.**

16.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, observado o item 16.7 e seguinte destas Condições Gerais:

- 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;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
- Cópia do laudo do I.M.L. (em caso de morte acidental);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- Cópia do Contrato Social ou Estatuto Social atualizado;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa.

16.4.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
 - Diagnóstico;
 - Alta definitiva;
 - Tratamento usado;
 - Grau de invalidez;
- Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total.

16.4.2. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 destas Condições Gerais, o segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida:
 - a) indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e
 - b) 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.
- 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.

16.4.2.1. 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 definido no item 3 das respectivas Condições Especiais.

16.4.2.2. 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.

16.4.3 Para a Cobertura Adicional de Auxílio Funeral, quando contratada, além dos documentos listados no item 16.4 acima, o reembolso será feito a quem realizou as despesas previstas neste seguro, que deverá enviar mais os seguintes documentos:

- Documento de Identidade;
- CPF/MF;
- Comprovante de residência; e
- Notas Fiscais **nominais e originais**.

16.4.3.1. No 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.

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

16.6. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

16.7. 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.

16.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

16.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 16.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 16.4 destas Condições Gerais;
- 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 e
- multa de 2%.

16.8.1. 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 do Contrato.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou do 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;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato e;
- d) não fornecimento da documentação solicitada.

17.1.1. Perderá, também, o direito à indenização se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

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

17.2.2. O cancelamento do seguro, referido no item 17.2.1 se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

17.3. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

17.4. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, observado o disposto no item 19.2 destas Condições Gerais;
- c) com o falecimento do Segurado Principal ou com o recebimento do Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- d) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 19 destas Condições Gerais.

18.1.2. Em caso de pagamento de prêmio após a cessação 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.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, durante a sua vigência, nas seguintes hipóteses:

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;

- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora e
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante.

19.2. O Seguro individual poderá ainda ser cancelado:

- a) 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;
- b) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou representantes legais;
- c) por mútuo e expresso consenso entre o Segurado e a Seguradora e
- d) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

19.3. No caso de resilição 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.

19.4. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

20.1. 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.

20.1.1. 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.

21. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

21.1. 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.

21.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatedor, 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.

21.1.2. 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.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais das coberturas adicionais e das cláusulas suplementares, enviando-lhes cópia integral;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

- informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

23. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

23.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais, as Cláusulas Suplementares, o Contrato a Apólice, a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

24. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

24.2. À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

24.3. Qualquer alteração na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, bem como a alteração das taxas de seguro, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

24.4. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do Estipulante e da Seguradora, ratificada pelo correspondente endosso.

25. PRAZOS PRESCRICIONAIS

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

26.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

26.4. 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.

26.5. 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.

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

27.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 27.1.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Estipulante em caso de **invalidez permanente total, assim compreendida a perda ou impotência funcional definitiva e total do(s) membro(s) ou órgão(s) relacionado(s) no item 1.2 abaixo, causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.1.1. Tal cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

1.2. Para efeito deste Seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total por Acidente” as lesões que resultem em:

- . Perda total da visão de ambos os olhos;
- . Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- . Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- . Perda total do uso de ambas as mãos;
- . Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- . Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- . Perda total do uso de ambos os pés;
- . Alienação mental total e incurável;
- . Nefrectomia bilateral.

1.2.1. Em caso de membros ou órgãos que sejam anatomicamente bilaterais, a invalidez permanente só será considerada como total quando houver comprometimento bilateral.

1.2.2. Quando do mesmo acidente resultar invalidez total e permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização não excederá o valor total do capital segurado.

1.2.3. 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.

1.2.4. A Invalidez Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada **mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade**, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 destas Condições Gerais.

1.2.5. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) para apurar a configuração da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

1.2.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta Cobertura.

1.2.7. 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 21 destas Condições Gerais.

1.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com a cobertura de morte. Com o pagamento da indenização por invalidez, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

1.3.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

2. CONCEITO

2.1. Aplica-se a esta Cobertura o conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2 das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos decorrentes de:

- a) 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;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) 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;**
- f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**

- h) 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, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;***
- i) 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;***
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;***
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e***
- l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.***

4. DATA DO EVENTO

4.1. 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 Cláusula **não poderá ser superior ao Capital Segurado da Cobertura Básica**, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

5.2. 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 o seu pagamento.

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 16.4 e 16.4.1.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- a) simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou**
- b) em data posterior, prevista em Aditivo e no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Apólice.**

7.2. 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 ou com recebimento do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente.**

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 18 e 19 das Condições Gerais, observado o disposto no item 7.2 destas Condições Especiais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais de Cobertura Adicional fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF)

1. COBERTURA

1.1. A contratação da presente Cobertura tem por objetivo garantir ao Estipulante, **desde que este e o segurado o requeiram**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para Cobertura Básica (morte), no caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença, devidamente coberta pelo seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações (funções) Autônomicas do Segurado.

1.3. Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, **poderá o Estipulante 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.

1.3.1. Não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, **observadas os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

1.4. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao Estipulante, beneficiário.

1.5. Os Capitais Segurados das coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF), de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e de morte (básica) não se acumulam.

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:

Agravo Mórbido – Piora de uma doença.

Alienação Mental - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

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

Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio - Ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

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

Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

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

Consumção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença Neoplásica Maligna Ativa - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional – Aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia - Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade – Fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Funções Autonômicas ou Relações Autonômicas - 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).

Hígido – Saudável.

Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Consideram-se como riscos cobertos, **observado o disposto no item 1.2 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.**

3.2. 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.**

3.2.1. 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), 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 Grau, 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 2), que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, consideram-se também como riscos EXCLUÍDOS, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1. O valor do Capital Segurado para esta Cobertura é o mesmo do Capital Segurado para a Cobertura Básica (morte) e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato.

5.2. 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.

5.2.1. Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, **a data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade.**

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 e 16.4.2 das Condições Gerais.

6.2. É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exame(s) 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.

6.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

6.4. 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 21 das Condições Gerais.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4 e 16.4.2.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica (morte) ou**
- **em data posterior, prevista em Aditivo e no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Apólice.**

8.2. Esta cobertura termina, para cada Segurado:

- 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 Adicional e**
- d) Com o falecimento do Segurado.**

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 18 e 19 das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

9.2. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro.

9.2.1. 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta, tem função subsidiária.

**ANEXOS 1 E 2 DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF) - INSTRUMENTO
DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF**

**ANEXO 1 - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E
ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

| ATRIBUTOS | ESCALAS | PONTOS |
|--|---|-----------|
| RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO | 1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. | 00 |
| | 2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição. | 10 |
| | 3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental. | 20 |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO | 1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. | 00 |
| | 2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. | 10 |

| | | |
|--|--|----|
| | <p>3° GRAU:</p> <p>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.</p> | 20 |
| CONECTIVIDA DE DO SEGURADO COM A VIDA | <p>1° GRAU:</p> <p>O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p> | 00 |
| | <p>2° GRAU:</p> <p>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).</p> | 10 |
| | <p>3° GRAU:</p> <p>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.</p> | 20 |

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 morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40. | 02 |
| Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso. | 02 |
| Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica. | 04 |
| Existem mais de 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 |

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL (AF)

1. COBERTURA

1.1. A presente cláusula adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas com o serviço funeral, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência deste Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. Entende-se por despesas com serviço funeral aquelas que se referem, **exclusivamente**, aos elementos **fundamentais** que compõem o funeral, velório e sepultamento do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDAS** desta Cobertura Adicional as despesas:

- a) com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;
- b) não relacionadas diretamente ao funeral/sepultamento;
- c) decorrentes de eventos extras ou não previstos expressamente nestas Condições Especiais;
- d) com cremação.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte), e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 16 das Condições Gerais, devendo o beneficiário e/ou o responsável pelo pagamento apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 16.4. e 16.4.3.

4.2. 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, observado o disposto no item 16 das Condições Gerais.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. 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.

5.2. 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 e pagamento do reembolso previsto nesta Cobertura.

6. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

6.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 18 e 19 das Condições Gerais, observado o disposto no item 5.2 destas Condições Especiais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento para solucionar dúvidas sobre os produtos, solicitar 2ª via de boleto e extrato e fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

www.segurosunimed.com.br

• OUVIDORIA

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:** www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.

- **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.

- **Presencial**, 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**