

ATENÇÃO

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação, não configura 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 DO SEGURO COLETIVO UNIMED VIDA EM GRUPO (VG) – Capital Global - UNIMED GLOBALVIDA - Contratação Coletiva – Versão 04/2016

Reg. SUSEP nº 15414.004330/2006-83

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Gerais, das Condições Especiais, das Cláusulas Suplementares e do Contrato.**

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:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 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;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas e
- **as lesões acidentais decorrentes de:**

- a) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- g) queda n'água ou afogamento.

b) Não se incluem nesse conceito:

- *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;***
- *as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;*
- *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 L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;*
- *as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido neste item.*

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 escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro;

Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de invalidez permanente por acidente e de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado Principal, o beneficiário será o próprio

Segurado Principal, observado o disposto no item 4 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Capital Segurado Global: é o valor determinado pelo estipulante no início da vigência do seguro e constante da Proposta de Contratação e do Contrato, expresso em moeda corrente nacional, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado, respeitados os limites máximos e mínimos estabelecidos pela seguradora na contratação.

Capital Segurado Individual: importância máxima para cada cobertura contratada, apurada na data de ocorrência de evento coberto, resultante da divisão entre o Capital Segurado Global e a quantidade de componentes do grupo segurado existentes nessa mesma data.

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.

Cláusula Suplementar: cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no seguro.

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais Endossos, das Cláusulas Suplementares e do contrato;

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 estabelece as peculiaridades da contratação do Plano coletivo e fixa os direitos e obrigações das partes;

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

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;

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;

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 vinculadas ao Estipulante por relação societária, estatutária ou de emprego, assim como, nas hipóteses de contratação de Cláusulas Suplementares, seus cônjuges ou companheiros e filhos dependentes;

Indenização é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado Individual;

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

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

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 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 Especiais;

Segurado Principal é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente aceita e incluída no seguro;

Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro, observado o disposto no item 1.3 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

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.

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1.1. Cobertura Básica:

Morte - Garante ao(s) Beneficiário(s) 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:

- Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF).
- Garantia Funeral (GF);
- Morte Complementar (MC);
- Cesta Básica (CB)
- Doenças Congênitas (DC);
- Auxílio Funeral (AF) e
- Rescisão Contratual (RC)

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Automática de Cônjuge e
- Inclusão Automática de Filho

3.2. Quando o Segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, 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.

3.3. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Cobertura Básica, as Coberturas Adicionais e Suplementares previstas no item 3.1.2 e 3.1.3 destas Condições Gerais.

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

3.4.1. As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados Globais estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) 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;**
- b) 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;**
- c) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da adesão do segurado ao seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;**
- d) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) 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;**
 - e.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;**
- f) atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;**
- g) 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;**
- h) agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- i) 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 ou Parcial por Doença (IPA) e de Indenização Especial por Morte Acidente (IEA), 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, 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;*
- 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, sejam naturais ou acidentais.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante quando da apresentação da Proposta de Contratação, 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**, contados 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 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.

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

6.1.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante, 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 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 6.1.3.1 destas Condições Gerais.

6.2. Aceitação e Inclusão dos Segurados

6.2.1. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco individual:

- **se encontrem em boas condições de saúde;**
- **estejam em plenas condições de exercer atividade laborativa;**
- **estejam em plena atividade profissional a serviço do estipulante;**
- **no momento da inclusão, tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais;**
- **sejam empregados vinculados à Empresa Estipulante por meio de contrato de trabalho regido pelas normas estipuladas na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e constem na Relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social), ou constem do seu contrato ou estatuto social.**

6.2.2. Os aposentados poderão participar do seguro, desde que preenchidas as demais condições do item 6.2.1, que não tenham sido aposentados por invalidez e que haja concordância do Estipulante.

6.2.3. Não serão aceitos como segurados os componentes do Grupo Segurável que estejam licenciados ou afastados do trabalho quando do início de vigência da apólice, passando a integrar o grupo de segurados após o seu retorno ao trabalho.

6.2.4. A inclusão de componentes dependentes far-se-á de forma automática, devendo abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais, bem como os filhos e equiparados, considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

6.2.5. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

6.2.6. As condições de inclusão e aceitação do cônjuge e de filhos, bem como o valor do Capital Segurado, estão reguladas nas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e de Filhos, respectivamente. O valor do Capital Segurado do Segurado Dependente não será, em nenhuma hipótese, superior ao do Segurado Principal.

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 término de vigência da Apólice, dos Endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas par tal fim.

7.2. Vigência do Risco Individual

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. O início de vigência do risco individual será concomitante ao início de vigência da apólice, ou às 24 (vinte e quatro) horas da data de admissão do funcionário ou da data de inclusão no Contrato Social para os Sócios e Diretores estatutários, para os que passarem a integrar o quadro de funcionários ou o quadro de sócios e diretores estatutários do estipulante durante a vigência deste seguro.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. A Seguradora poderá adotar carência para a cobertura de Morte Natural, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar do início do risco individual, não podendo exceder metade do período de vigência da apólice, e

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
Atendimento Nacional: 0800-016-6633
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

constará na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato.

8.2. Poderá haver carência para as coberturas adicionais de Doenças Congênitas e de Auxílio Funeral, nos prazo e condições fixados nas respectivas Condições Especiais.

8.3. 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 do início do risco individual.

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

9. CUSTEIO DO SEGURO

9.1. Para fins deste Seguro, o custeio será não contributivo, ou seja, o prêmio será pago exclusivamente pela Estipulante, sem qualquer participação dos Segurados.

10. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

10.1.1. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato, não havendo parcelamento ou fracionamento do prêmio.

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

10.1.3. 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.

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

10.3. 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.

11. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

11.1. 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 11.1.1.

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

11.1.2. 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. Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 11.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

11.2. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso, com os encargos previstos no item 11.1.1.

12. CAPITAL SEGURO GLOBAL

12.1. O valor do Capital Segurado Global para cada cobertura contratada será fixado na Proposta de Contratação e no Contrato, podendo haver valores diferenciados para o grupo de sócios e diretores e para o grupo de funcionários.

12.2. 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.

12.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado da Garantia Básica, a data do falecimento.

12.2.2. Para as demais coberturas contratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

12.3. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados devidos por morte ou invalidez deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do sinistro.

13. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

13.1. O capital segurado individual será uniforme, apurado pelo rateio do Capital Segurado Global pelo número de segurados existentes no mês do sinistro, conforme informações constantes da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP).

13.1.1. Havendo Capitais Segurados Globais distintos para o grupo de sócios e diretores e para o grupo de funcionários, o capital segurado individual será apurado da mesma forma, pelo rateio do valor de cada Capital Segurado Global pelo número de segurados do grupo respectivo.

14. REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

14.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e no Contrato, e poderão ser revistos a qualquer momento a pedido do Estipulante, com a revisão proporcional do valor do prêmio. À proposta de alteração dos capitais aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

14.1.1. Em caso de aumento do Capital Segurado, poderá ser estabelecida nova carência sobre a parcela acrescida do Capital Segurado, ficando a critério da Seguradora dispensá-la.

14.2. As revisões de capitais e prêmios aplicam-se a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a adoção do mesmo critério de revisão previsto para os Segurados ativos.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1. 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.

15.1.1. Alternativamente ao critério de atualização previsto no item 15.1, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial ou proventos dos Segurados, a ser definido no Contrato.

15.1.2. Ficará definido no Contrato o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens 15.1 e 15.1.1 destas Condições Gerais.

15.2. 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.

15.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados devidos por morte ou invalidez 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.

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

16. OCORRÊNCIA DO EVENTO

16.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora**, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, **logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 17 destas Condições Gerais.**

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

17.1. Observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, **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.**

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

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

17.3. 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.**

17.4. 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 relacionados abaixo, observado o disposto no item 17.7 e seguinte destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro, contendo declaração do Médico Assistente, indicando a causa do evento, com firma reconhecida;

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
Atendimento Nacional: 0800-016-6633
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- 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);
- **No caso de funcionários:** Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente a admissão do funcionário;
- **No caso de Sócios e Diretores Estatutários:** a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do segurado na sociedade ou quadro estatutário do Estipulante.

17.4.1. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratada, além dos documentos listados no item anterior, deverá ser apresentado o relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- Diagnóstico
- Alta definitiva
- Tratamento usado
- Grau de invalidez
- Reconhecimento do estado de invalidez permanente total ou parcial.

17.4.2. Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 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.

17.4.2.1. 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.

17.4.2.2. 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.

17.4.3. Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas, quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 acima, o segurado deverá providenciar os seguintes documentos:

- Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- Relatório do médico geneticista, quando existente;
- Cópia de todos os exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita;
- Cópia atualizada autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento com a gestante, caso a mesma não seja segurada principal e
- Declaração de União Estável feita pelos conviventes (quando for o caso).

17.4.3.1. O segurado compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja requerida pela Seguradora, sob pena de perder o direito à indenização.

17.4.4. Para as Coberturas Adicionais de Auxílio Funeral (AF) ou de Garantia Funeral (GF), quando contratadas, além dos documentos listados no item 17.4 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.

17.4.4.1. 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.

17.4.5. Para a Cobertura Rescisão Contratual, quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 acima, serão necessários os seguintes documentos:

- Documento de Identidade do representante legal do Estipulante;
- CPF/MF do representante legal do Estipulante;
- Comprovante de localização do estabelecimento comercial;

- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;

17.4.5.1. Na ocorrência de evento em que o sinistrado seja o estagiário, além dos documentos básicos listados no item 17.4. das Condições Gerais, também serão necessários:

- Cópia do termo de compromisso devidamente firmado pelo estagiário e pelos representantes legais da parte concedente e da instituição de ensino;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho: Página de qualificação civil e página de anotações gerais (admissão do contrato de estagiário).

17.4.6. Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s);

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um, **mais:**
- Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada e emitida após a data do óbito;
- Companheira(o): prova de “união estável”;

No caso de beneficiários menores ou incapazes:

- menores sujeitos ao **poder familiar**: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- menores sujeitos à **tutela**: cópia da certidão de nascimento do menor e termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- maiores sujeitos à **curatela**: cópia da certidão de nascimento do maior e termo de curatela e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

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

17.6. 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.

17.7. 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.

17.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados no item 17.4, **o prazo de 30 (trinta) dias previsto nesse mesmo item**, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

17.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 17.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 17.4 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% (dois por cento);

17.8.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. 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, dos seus representantes legais ou dos seus beneficiários:

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) 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;**
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- d) não fornecimento da documentação solicitada.**

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

18.2. 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.

18.3. 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.

18.3.1. O cancelamento do seguro, referido no item 18.3, 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.

18.4. 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.

18.4.1. 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.

19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

19.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, 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. A substituição só poderá ser efetuada se o Segurado Principal não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

19.3. Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago de acordo como que estabelece o art. 792 do Código Civil brasileiro.

19.3.1. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Doença Congênita de Filho, o beneficiário será o próprio Segurado.

19.3.2. Para o caso de morte do Segurado Dependente, incluído automaticamente por Cláusula Suplementar, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

19.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste.

19.5. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, incluído automaticamente por Cláusula Suplementar, o beneficiário será o próprio Segurado Dependente.

19.6. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

20.1. 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 20.2 destas Condições Gerais,**
- c) quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;**
- d) com o falecimento do Segurado Principal ou com o recebimento do Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 18 destas Condições Gerais.**

20.1.2. 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.

20.2. Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. 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 11 destas Condições Gerais;
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- 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, devendo haver anuência de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - e.1) Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente.

21.2. 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 expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora;
- d) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

21.3. 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.

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

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

- a) automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) automaticamente, no caso da perda de condição de dependente do Segurado, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) quando solicitado por escrito pelo Segurado Principal;
- d) 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;
- e) com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

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

22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

22.1. 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.

22.1.1. 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.

23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

23.1. 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.

23.1.1. 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.

23.1.2. 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.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares 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;
- pagar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 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;
- 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 e
- fornecer à Seguradora, ao Segurado ou aos seus beneficiários os documentos necessários para apuração do capital segurado individual.

25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

25.1. 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, a Apólice e o Contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

26. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

26.1. 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.**

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

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

26.4. 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.

27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

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

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

28.3. 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.

28.4. 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.

28.5. 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 do início do risco individual.

29. FORO

29.1. 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.

29.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 29.1.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento do respectivo Capital Segurado Individual ao(s) beneficiário(s) do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência exclusiva de acidente coberto pelo seguro, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

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. **Estão expressamente EXCLUÍDOS** desta Cobertura os eventos mencionados no item 4 das Condições Gerais.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data 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, na Proposta de Contratação e no Contrato.

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará **o disposto no item 17 das Condições Gerais**, devendo o beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.6.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou
- em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

7.2. Esta Cobertura termina, para cada Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento do seguro ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro.

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. 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 estas, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado, em caso de invalidez permanente, parcial ou total, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 7 destas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.

1.4. 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.

1.5. 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 percentual previsto para o membro ou órgão lesado.

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, NÃO dão direito à indenização por invalidez permanente.

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. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item 4 das 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. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.1 das Condições Gerais.

5.2. 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.

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

5.4. 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 23 das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cobertura **não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica** do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

6.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.**

6.3. 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.

6.4. 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 o seu pagamento.

6.5. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item 7 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.

7. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
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 vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
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 ½ do respectivo dedo
- Perda dos demais dedos	equivalentes a ⅓ 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
---------------	----

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGUADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, **devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.1.**

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- a) **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica (morte) 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 (morte) 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 Total por Acidente.**

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

10.2. O pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Doença implica no cancelamento, automático, de todas as coberturas do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após indenização, devidamente 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.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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 estas, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação da presente Cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual 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. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

1.4. 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.

1.4.1. 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.**

1.5. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

1.6. Os Capitais Segurados das coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF), de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), de Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA) e de morte (básica) não se acumulam.

2. DEFINIÇÕES

2.1. 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, 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 – A 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.

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

Dados Antropométricos – 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 interajam.

Funções Autônomicas ou Relações Autônomicas - 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:

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
 Atendimento Nacional: 0800-016-6633
 Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
 Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

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 autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) 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;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- 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 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.

5.3. 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 nos itens 17.4 e 17.4.2 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 23 das Condições Gerais.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.2.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- a) simultaneamente com o início de vigência da Cobertura Básica (morte) ou**
- b) em data posterior, prevista em Aditivo, 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;**
- d) com o falecimento do Segurado.**

9. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, esta Cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item 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 estas, têm 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

	3º GRAU: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

ANEXO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	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 agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04

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
Atendimento Nacional: 0800-016-6633
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

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 sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE GARANTIA FUNERAL (GF)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado Individual contratado, para despesas de funeral, em caso de morte do Segurado Principal durante a sua vigência, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Esta cobertura adicional **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filhos, incluídos por Cláusula Suplementar.

1.3. As coberturas adicionais de Garantia Funeral e de Auxílio Funeral não poderão coexistir, devendo o Estipulante optar por apenas uma delas, se assim desejar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;**
- b) cremação**, exceto se respeitadas as condições e formalidades constantes do item 3.2.1 do Anexo I – Cláusula de Prestação de Serviços Adicional a Garantia Funeral e quando disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual;
- c) exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do Segurado;**
- d) quaisquer gastos com traslado, inclusive para cremação em outro local;**
- e) eventos extras ou não previstos expressamente nestas condições e**
- f) despesas não relacionadas diretamente ao funeral/sepultamento.**

3. COBERTURAS

3.1. O responsável ou responsáveis pelo funeral poderá(ão) optar exclusivamente pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação do segurado, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos nas condições contratuais.

3.1.1. A opção pela utilização da Prestação de Serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante comunicação ao Serviço de Assistência 24 horas pelos telefones constantes do Manual do Segurado, observadas as disposições da Cláusula de

Cobertura Serviços de Assistência Funeral – Anexo I, não cabendo qualquer reembolso ao beneficiário em caso de utilização desta opção, posto que os custos desses serviços correrão por conta da Seguradora.

3.1.2. Caso se opte pelo reembolso das despesas relacionadas ao sepultamento e/ou cremação do Segurado, será garantida a livre escolha do prestador de serviço, estando o reembolso limitado ao valor do capital segurado contratado constante do Certificado Individual.

3.1.2.1. As despesas com o funeral, comprovadas mediante a apresentação das Notas Fiscais ou Faturas nominais, serão reembolsadas pela Seguradora diretamente à quem as tenha realizado.

3.2. A cobertura do seguro abrange também as despesas do sepultamento de membros amputados, do Segurado vivo, observadas as condições contratuais aplicáveis.

3.3. Havendo outro(s) seguro(s) celebrado(s) pelo Segurado com outra(s) seguradora(s) e com Cobertura de Garantia Funeral, as despesas serão reembolsadas de forma proporcional ao valor limite de indenização previsto em cada uma das apólices, exceto quando a soma dos limites previstos não alcancem o valor das despesas.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. O valor do 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 Contratação e no Contrato.

4.2. 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.

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

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO (REEMBOLSO)

5.1. Caso não seja utilizada a Prestação de Serviços de assistência ao Funeral (Anexo I), o reembolso devido por esta Cobertura será realizado conforme disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar a Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.4 das respectivas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. Esta cobertura 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, quando esta cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

6.2. 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 recebimento das despesas com funeral, em razão de morte do Segurado.**

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 7.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. 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.

ANEXO I – CLÁUSULA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAL A GARANTIA FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem por objetivo facultar aos familiares do Segurado **a prestação de serviços de assistência ao funeral do Segurado Principal**, em caso de sua morte, exceto se oriundo de riscos excluídos e desde que observados os demais itens das Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Aplicam-se a esta Cláusula as definições constantes do item 2 das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo (VG) – Capital Global.

3. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

3.1. O serviço de assistência compreende as providências dos serviços funerários, inclusive o sepultamento, com o respectivo pagamento dos custos diretamente às funerárias.

3.2. Entende-se por serviço de sepultamento (ou cremação) a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados, **respeitado o limite do Capital Segurado contratado:**

- Urna/caixão
- Carro para enterro (no município de moradia habitual)
- Carreto Essa/ caixão (no município de moradia habitual)
- Registro de óbito
- Taxa de sepultamento (valor equivalente ao velório do município) ou de cremação (onde existir este serviço)
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual)
- Paramentos - Essa
- Aparelho ozona
- Mesa de condolências
- Velas
- Taxa de velório (valor equivalente ao custo do velório do município)
- Véu
- Enfeite floral e coroa
- Tanatopraxia (técnica, semelhante ao embalsamento, que consiste na aplicação de líquido conservante e desinfetante, para que o corpo seja preservado por mais tempo, quando necessário devido à causa “mortis”)
- Locação de jazigo, **exclusivamente em cemitério público, por um período de 3 ou 5 anos, conforme legislação local.**

3.2.1. O serviço de cremação poderá ser coberto, observados, entretanto, os limites do Capital Segurado contratado, bem como as seguintes exigências:

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
Atendimento Nacional: 0800-016-6633
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

- a) que o pedido de cremação tenha sido expressamente formalizado em vida pelo Segurado Principal ou, se não houver esse pedido, após o seu óbito mediante apresentação de Declaração de Cremação, emitida por instrumento público, a pedido de 02 (dois) familiares do Segurado, preferencialmente na seguinte ordem: cônjuge, ascendentes, descendentes (maiores e capazes), irmãos (maiores e capazes) e na presença de 02 (duas) testemunhas;
- b) que o atestado de óbito seja assinado por 02 (dois) médicos; e
- c) que o serviço de cremação esteja disponível no local de falecimento do Segurado ou da sua moradia habitual.
 - c1. quando não houver serviço de cremação no local da moradia habitual do Segurado, o valor das despesas de traslado do corpo, do local de falecimento até o local da cremação deverá ser assumido pelos familiares do Segurado.

3.3. Na impossibilidade de recorrer à prestação do serviço de assistência ao funeral, os familiares do Segurado falecido poderão livremente escolher o prestador de serviços e solicitar o reembolso das despesas, mediante apresentação da respectiva documentação, observado o limite do Capital Segurado contratado, bem como as demais especificações constantes das Condições Especiais para a Cobertura Adicional de Garantia Funeral e das Condições Gerais.

3.4. Em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à vontade da Seguradora, que tornem impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, fica a mesma obrigada ao reembolso do valor despendido, observado o limite do capital segurado individual contratado para esta Cobertura.

3.5. Esta cobertura abrange a morte do Segurado em qualquer parte do mundo, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro.

3.6. Esta cobertura abrange também o sepultamento de membros amputados do Segurado vivo, observadas as mesmas condições válidas para o caso de morte.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos previstos da Cláusula 4 das Condições Gerais, bem como aquelas constantes do item 2 das Condições Especiais para a Cobertura Adicional de Garantia Funeral.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Os serviços de assistência ao sepultamento serão prestados somente no território brasileiro e o traslado será feito de qualquer parte do mundo, até o município de moradia habitual do Segurado, no Brasil.

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

6.1. Para solicitação dos serviços de assistência e funerários, a família **deverá entrar em contato com o SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS**, pelos telefones constantes do Manual do Segurado, fornecendo todas as informações que forem solicitadas.

6.2. A família deverá fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações necessárias à prestação do serviço de assistência, bem como ao pagamento do reembolso. **O não cumprimento desta obrigação implicará perda de direito às coberturas do seguro.**

6.3. Sempre que a causa da morte do Segurado exigir a passagem do corpo pelo IML (Instituto Médico Legal) ou outro órgão similar, **um representante da família terá que acompanhar o representante do Serviço de Assistência.**

6.4. Munida das informações sobre o óbito do Segurado, a Seguradora enviará um representante do Serviço de Assistência que tomará as providências cabíveis, conforme o caso:

a) Em caso de falecimento e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:

- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias à realização do funeral;
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.

b) Em caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral;
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.

b.1) No caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil, o traslado NÃO estará coberto, ficando as despesas e respectiva documentação sob a responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.

c) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:

- O Serviço de Assistência tomará todas as providências e custeio quanto ao

traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestada também a assistência ao sepultamento, conforme prevista na alínea “a”, deste item.

d) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

- O Serviço de Assistência prestará a assistência no local do óbito, preparando toda documentação necessária para o traslado do corpo, bem como o sepultamento em outro município.
- As despesas realizadas com o traslado do corpo estarão **limitadas aos valores que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual, no Brasil, ficando o excedente por conta dos familiares.**

6.4.1. Em qualquer hipótese, não haverá reembolso para despesas de traslado, estando este coberto apenas se realizado por intermédio do Serviço de Assistência disponibilizado pela Seguradora.

7. CANCELAMENTO DESTA CLÁUSULA

7.1. Esta Cláusula será cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 7.2 das Condições Especiais para a Cobertura Adicional de Garantia Funeral.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Este Anexo faz parte das Condições Especiais da Cobertura Adicional de Garantia Funeral (GF). As normas nele constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a este, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE COMPLEMENTAR (MC)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A presente Cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização complementar ao(s) beneficiário(s) do Segurado, correspondente ao valor do Capital Segurado Individual contratado, no caso de ocorrer a morte do Segurado Principal, **ressalvados os riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.1.1. Esta cobertura adicional **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filhos, incluídos por Cobertura Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O valor do Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 10% (dez por cento) do valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte) , e estará expresso na Apólice e no Contrato.

3.2. 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.

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

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.6.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. Esta cobertura 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.**

5.2. 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) no caso de morte do Segurado, com o pagamento do Capital Segurado Individual ao(s) beneficiário(s) do Segurado.**

6. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 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 nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA (CB)

1. GARANTIA

1.1. A presente cláusula adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir, ao beneficiário indicado pelo Segurado Titular, em caso de sua morte devidamente coberta, o envio de Cestas Básicas ou de crédito, em moeda corrente do país, em Cartão Magnético exclusivo de alimentação, nos limites da importância segurada e mediante o pagamento de prêmio adicional.

1.2. Constará das Condições Contratuais a opção pelo envio das cestas básicas ou o crédito em Cartão Magnético exclusivo de alimentação

1.3. Esta cobertura adicional **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filhos, incluídos por Garantia Suplementar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta garantia os eventos previstos da Cláusula 4, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Unimed Vida em Grupo (VG) – Capital Global - Unimed GlobalVida.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. O segurado deverá nomear, na Proposta de Adesão, apenas 01 (um) beneficiário que receberá a cesta básica ou o crédito em cartão magnético exclusivo de alimentação.

3.1.1. Se o segurado titular não indicar beneficiário para o recebimento da cesta básica ou o crédito em cartão magnético, a Seguradora reverterá o valor contratado para pagamento de indenização em dinheiro aos herdeiros legais, conforme análise e regulação da Área de Sinistro.

4. DO VALOR DA CESTA BÁSICA OU DO CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

4.1. O Estipulante definirá entre o recebimento da Cesta Básica ou o crédito em Cartão Magnético exclusivo de alimentação, assim como a periodicidade e a forma de contratação (compulsória ou facultativa), cujas informações constarão expressas na Apólice e no Certificado Individual.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo beneficiário, conforme disposto nas Cláusulas 16 e 17 das Condições Gerais do Seguro Coletivo Unimed Vida em Grupo (VG) – Capital Global - Unimed Globalvida.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados Principais:

- a) simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou
- b) em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia 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) no caso de morte do Segurado; e
- e) com o recebimento integral pelo beneficiário das cestas básicas garantidas por essa cobertura adicional.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21, das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2, destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. A cobertura desta garantia adicional é válida apenas em território nacional.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. 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 estas Condições Especiais, tem função subsidiária.

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas básicas, estas serão entregues ao Beneficiário, de acordo com o valor e periodicidade estabelecidos contratualmente.

10.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

10.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

10.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicado pelo Beneficiário.

10.2.2. Em hipótese alguma haverá reembolso de produtos adquiridos diretamente pelo Beneficiário.

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO ELETRÔNICO EM CARTÃO MAGNÉTICO

11.1. Em caso de Evento Coberto, na opção de entrega do cartão magnético, o prestador de serviços autorizado pela Seguros Unimed, fornecerá o cartão magnético, bem como a senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

11.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DC)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado Individual, ao próprio Segurado, em caso de nascimento de filho(a) com vida, portador de doença congênita prevista no item 3.1 destas Condições Gerais, desde que diagnosticada até o 6º mês de vida do recém nascido, durante a sua vigência e devidamente coberto pelo Seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

1.3. Quando ambos os pais forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, a indenização será devida somente para um deles, para aquele que apresentar maior valor do Capital Segurado ou, caso o valor seja idêntico, a indenização será rateada proporcionalmente.

2. CONCEITO

2.1. Considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais que nascem com o indivíduo, resultante de má formação do organismo, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém nascido e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento médico especializado.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- a)** Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- b)** Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c)** Malformação da traquéia e dos pulmões;
- d)** Malformação dos rins;
- e)** Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f)** Malformação dos órgãos sensoriais, tais como visão e audição (com exceção do paladar, olfato e tato);
- g)** Malformação dos Membros Superiores e Inferiores;
- h)** Malformação do aparelho circulatório;
- i)** Malformação do aparelho geniturinário;
- j)** Deformidades dos pés (exceto pé torto);

- k) Anomalias dentofaciais;
- l) Fenda labial e fenda palatina;
- m) Anomalias cromossômicas;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Doença congênita de conhecimento do Segurado e não informado quando da contratação do seguro;
- b) Doenças infecto-contagiosas transmitidas durante a gestação;
- c) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação, ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- d) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- e) Defeitos congênitos decorrentes do mau uso ou inabilidade na utilização ou utilização diversa daquela prevista de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde;
- f) Defeitos congênitos decorrentes de complicações do parto ou aborto;
- g) Natimorto (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto);
- h) Defeitos congênitos decorrentes da contaminação de ascendente em razão de exposição, no ambiente de trabalho, a produtos reconhecidamente nocivos à saúde.

5. GRUPO SEGURADO

5.1. O grupo segurado é composto por filhos de segurados recém nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

5.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência desta Cobertura será de 90 (noventa) dias a partir do início da vigência do risco individual.

7. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

7.1. O valor do Capital Segurado para esta Cobertura não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte) do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

7.2. 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.

7.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, **devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.3.**

8.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando do pagamento da indenização.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

9.1. Esta cobertura 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.

9.2. 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 e
- d) no caso de morte do Segurado.

10. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

10.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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 estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL (AF)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas com o serviço funeral, limitado ao valor do Capital Segurado Individual contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do 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.

1.3. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

1.4. As coberturas adicionais de Auxílio Funeral e de Garantia Funeral não poderão coexistir, devendo o Estipulante optar por apenas uma delas, se assim desejar.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O valor do 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 Contratação e no Contrato.

3.2. 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.

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

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGUADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o beneficiário e/ou o responsável pelo pagamento apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.4.

4.2. Caso as despesas com o serviço funeral sejam inferiores ao valor do Capital Segurado Individual desta Cobertura, a diferença será paga ao(s) beneficiário(s) do Segurado, observado o disposto no item 17 das Condições Gerais.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência será de 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do seguro individual.

5.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, **exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos dois primeiros anos a contar do início do risco individual de cada Segurado.**

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. 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.**

6.2. 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 o pagamento do reembolso previsto nesta Cobertura.**

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. 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 esta, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1. COBERTURA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Estipulante o reembolso das verbas trabalhistas decorrentes da rescisão do contrato de trabalho, limitado ao valor do Capital Segurado Individual contratado para esta Cobertura, em caso de falecimento do segurado Principal durante a vigência da Apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. Esta Cobertura destina-se apenas ao reembolso das verbas rescisórias relativas aos Segurados que possuam vínculo empregatício com o Estipulante.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

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), do segurado principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

3.2. 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.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado quando da liquidação do sinistro, a data do falecimento do Segurado.

4. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Estipulante apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.5.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência para esta Cobertura.

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
Atendimento Nacional: 0800-016-6633
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611
www.segurosunimed.com.br

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. 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.

6.2. 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.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

7.1. Esta cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão automática do cônjuge, do Segurado Principal, no seguro, **exclusivamente** na Cobertura Básica – morte;

1.2. 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. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. A inclusão de componentes dependentes far-se-á de forma automática, devendo abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais.

2.2. Somente serão aceitos como Segurados Dependentes os cônjuges que, na data de início do risco individual:

- **se encontrarem em boas condições de saúde e**
- **atenderem ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.**

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O Capital Segurado dos cônjuges, incluídos por esta Cláusula, **não poderá ser superior** ao contratado para o Segurado Principal e estará descrito na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato.

3.2. 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.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte do Segurado Dependente devida por esta Cláusula Suplementar será sempre o Segurado Principal.

4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do cônjuge, o Capital Segurado referente à cobertura do cônjuge será pago aos herdeiros legais deste.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:

- simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.5 das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta Cláusula faz 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, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho, do Segurado Principal, **exclusivamente**, na Cobertura Básica - morte.

1.2. Para os efeitos desta Cláusula, **são considerados e/ou equiparados a filhos**, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

- Filho (a) ou enteado (a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

1.2.1. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, 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, conforme disposto no item 3.2 das Condições Gerais.**

1.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, do mesmo Grupo Segurado, **os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado**, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. A inclusão de componentes dependentes far-se-á de forma automática, devendo abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais.

2.2. Somente serão aceitos como Segurados Dependentes os filhos dos Segurados que, da data do início do risco individual:

- se encontrarem em boas condições de saúde e
- dependerem economicamente do Segurado Principal.

2.3. A inclusão e a permanência do filho no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Principal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado de filho incluído por esta Cláusula, **não poderá ser superior** ao contratado para os Segurados Principais e estará descrito na Proposta de Contratação, na Apólice e no Contrato.

3.2. 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.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte do filho incluído por esta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do filho, a indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:

- simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou
- em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.5 das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta Cláusula faz 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, 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