

Unimed Globalvida - Condições Gerais

ATENÇÃO

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

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

SEGURO COLETIVO UNIMED VIDA EM GRUPO (VG) – Capital Global

UNIMED GLOBALVIDA - Contratação Coletiva

Reg. SUSEP nº 15414.004330/2006-83

Garantia Básica: morte

Garantias Adicionais:

Especial por Morte Acidental (IEA)

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF)

Cláusulas Suplementares:

Inclusão Automática de Cônjuge

Inclusão Automática de Filho

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias contratadas, **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, se houver.**

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 escape acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- ***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 ou Agravamento do Risco é uma circunstância que, após a contratação do seguro, aumenta

a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado;

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, 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 garantias 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, respectivamente da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada garantia deste seguro. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;**

Carregamento é o percentual incidente sobre os prêmios pagos, destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro;

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

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 instrumento jurídico, composto por um conjunto de itens, que rege um mesmo plano de seguro e disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s), bem como as características gerais do Seguro. As Condições Gerais serão previamente disponibilizadas ao proponente para que delas tenha conhecimento antes de manifestar sua intenção de aderir ao seguro;

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 do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;

Doenças, Lesões e Seqüelas Preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contráídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declarados na Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro 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 garantias 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 que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver;

IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais;

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;

Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

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;

Preexistência: vide Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes, deste item;

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada garantia contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente;

Proponente individual é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora;

Proposta de Adesão é o documento com declaração dos elementos essenciais ao interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

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 nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, 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 aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo Plano;

Segurado Principal é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo preenchimento da Proposta de Adesão e pelo cumprimento das condições contratuais, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes, relativas aos seus direitos e obrigações;

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, respectivamente 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 coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor.

3. GARANTIAS DO SEGURO

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

3.1.1. Garantia Básica:

Morte - Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, 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. Garantias Adicionais – somente podem ser contratadas em conjunto com a Garantia Básica e são as seguintes:

- Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); e
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPDF).

3.2. Cláusulas Suplementares:

- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge e
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filho

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

3.3.1. As garantias contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no contrato, se houver.

3.3.2. As condições aplicáveis às Garantias Adicionais e Suplementares estão reguladas nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver.

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. doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- d. suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme legislação em vigor;**
 - d.1. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;**
- e. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f. 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 ou 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. quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;**
- i. agravação intencional do risco por parte do Segurado.**

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

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

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

6.1.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o **prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais**. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.1.

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

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

6.1.5. 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 6.1.1, destas Condições Gerais.

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal de saúde e atividade, para análise e aceitação do risco individual, pela Seguradora, acompanhada de:

- GFIP - Guia de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência ou
- SEFIP - Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência.

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

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

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

6.2.3. 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.

6.2.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge/companheira(o) e de seus filhos, ao solicitar suas inclusões no seguro.

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 garantia.

6.2.6. Os afastados poderão ser incluídos quando retornarem à atividade profissional, **observado o disposto no item 6.2.2.**

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

6.2.8. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, **o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.** A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.2.7.

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

6.2.10. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito ao Proponente, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer

prêmio eventualmente pago, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos,** atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.2.11. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora **não implica a aceitação da proposta,** devendo-se observar o disposto no item 6.2.7, destas Condições Gerais.

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

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

6.3. A inobservância a qualquer das condições previstas neste item acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado.

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 (hum) ano, quando outro prazo não for estabelecido no contrato.

7.1.2. 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, ou **se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.**

7.1.2.1. A renovação expressa que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante. **Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos componentes do Grupo Segurado.**

7.1.2.2. A renovação automática, prevista no item

7.1.2. e seguinte, **só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou da Seguradora.**

7.1.2.3. Nas renovações posteriores, com manifestação expressa dos Segurados, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante e aos Segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

7.1.3. O início e o término de vigência da Apólice, e dos Endossos se darão às 24 horas da data neles expressa para tal fim.

7.1.4. Quando a Proposta de Contratação for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da data de recepção da proposta, pela Seguradora.

7.1.5. Os componentes do Grupo Segurável, que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro individual, previstas nos itens 17 e 18, destas Condições Gerais.

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

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

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

7.2.3. O início e término de vigência individual de cada Segurado obedecerão ao disposto nos itens 7.1, 17 e 18, destas Condições Gerais.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1. Para fins deste Seguro, o custeio será não con-

tributário, ou seja, os Segurados não pagam prêmio, cabendo o pagamento ao Estipulante.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

9.1.1. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Contratação, na Apólice e no contrato, se houver.

9.2. É **vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

9.3. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no contrato.

9.4. Se o Sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item 10, destas Condições Gerais.

9.5. 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.

9.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual **não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.**

10. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

10.1. A falta de pagamento do prêmio, até o vencimento, não acarretará a suspensão automática das coberturas que continuarão vigentes durante o período de inadimplência, respeitado o prazo referido no item 10.1.1.

10.1.1. O Estipulante, em atraso com o pagamento dos prêmios, **será notificado para pagamento do prêmio em atraso, corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento), ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança, que não será inferior a 10 (dez) dias, contado da notificação.**

10.2. O não pagamento dentro desse prazo acarreta-

rá o cancelamento do seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas.

10.3. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, **mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso, com os encargos previstos no item 10.1.1.**

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado de cada garantia constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do contrato, se houver, e será apurado dividindo-se o Capital Segurado global, contratado pelo Estipulante, pelo número total de Segurados existentes na data da ocorrência do sinistro.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

12.1. Os Capitais Segurados de todas as Garantias 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, observado o disposto no item 11.1, destas Condições Gerais.

12.2. 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.

12.3. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for 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.

13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

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

13.1.1. Para as demais garantias adicionais, se con-

tratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

13.2. 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 saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 14, destas Condições Gerais.**

14. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1. Observado o disposto no item 13, 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.**

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

14.3. 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.**

14.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado **em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos, relacionados abaixo e nas Condições Especiais**, observado o disposto no item 14.6 e seguinte, destas Condições Gerais:

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

14.4.1. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratada, além dos documentos listados no item anterior, mais 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.

14.4.2. 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;
- 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).

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

14.6. 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.

14.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados no item 14.4, o prazo de 30 (trinta) dias previsto nesse mesmo item 14.4 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

14.7. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 14.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

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

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1. 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 ou dos seus beneficiários:

- a) inexistência ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) 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;
- d) inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato, e
- e) não fornecimento da documentação solicitada.

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

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

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

15.3.1. O cancelamento do seguro, referido no item 15.3, 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.

15.4. Se a inexistência ou a omissão nas declarações, referidas no item 15.1, não resultarem de má-fé do Segurado, 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.

16. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

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

16.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, **desde que recebida pela 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.**

16.2. 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.

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

16.3.1. Para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o beneficiário será o próprio Segurado.

16.3.2. Para o caso de morte de segurado dependente, incluído pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, ou de Filho, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

16.4. A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. 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;
- b.** com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante,
- 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 quando este vier a receber indenização por invalidez funcional permanente total por doença;
- e.** 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;**
- f.** inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus representantes, ou beneficiários.
- g.** imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 18, destas Condições Gerais.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

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

18.2. 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.

19. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

19.1. 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.

19.1.1. 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.

20. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

20.1. 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.

20.1.1. 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.

20.1.2. 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.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 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.

22. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

22.1. 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 Especiais, as Cláusulas Suplementares, a Apólice e o contrato, se houver, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

23. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

23.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, **mediante acordo entre Seguradora e Estipulante.**

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

23.1.2. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante.

23.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso.

23.3. Nenhuma alteração será válida se não for feita, por escrito.

24. PRAZOS PRESCRICIONAIS

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

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

25.3. 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.

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

26. FORO

26.1. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. GARANTIA

1.1. A presente Garantia Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento do respectivo Capital Segurado aos beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência exclusiva de acidente coberto pelo seguro, **observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.**

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos previstos no item 4, das Condições Gerais, estão também expressamente **EXCLUÍDOS**, desta Garantia, 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;*
- c) *qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;*
- d) *parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente 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 coberto;*
- f) *choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que 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) *quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;*
- **acidentes ocorridos em conseqüência de:**
 - a) *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;

b) de acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta Garantia, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta Garantia **não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Garantia Básica** e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. Para pagamento do Capital Segurado, será observado o **disposto nos itens 13 e 14, das Condições Gerais.**

6.2. **Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do capital previsto nesta Garantia será deduzido o valor já pago.**

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

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

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

7.2. **Esta Garantia termina, para cada Segurado:**

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

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

8.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas mes-

mas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, e suas remissões, 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 dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. GARANTIA

1.1. A presente Garantia adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado, ao próprio Segurado, em caso de **invalidéz permanente, 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, se houver.**

1.2. Como invalidéz 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 6, 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 invalidéz parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida

tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos ou função, além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução, máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do capital previsto para o membro ou órgão lesado.

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 garantia; 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 defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidéz definitiva o grau de invalidéz preexistente.

1.8. A perda de dentes, em consequência de acidente, NÃO dá direito à indenização por invalidéz permanente.

1.9. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de invalidéz permanente parcial por acidente, esta Cobertura ficará reduzida à diferença entre a importância segurada pela mesma e a indenização paga em razão de invalidéz permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos previstos no item 4, das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS, desta Garantia, 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;*
- c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;*
- d) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente 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 coberto;*
- f) choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que 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) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;*
- i) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;*
- j) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, previsto no item 2, destas Condições Gerais;*
- acidentes ocorridos em conseqüência de:*
 - a) 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;

- b) acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.*

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, coberta pela presente Garantia, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

5.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.

5.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 20, das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado por esta Garantia não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da Garantia Básica, do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

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, conforme o disposto no item 1.9, destas Condições Especiais.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente a 1/2 do respectivo dedo
	Perda dos demais dedos	equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros	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

DIVERSAS	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	
Seqüelas 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 (ÓRGÃO 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 SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto nos itens 13 e 14, das Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

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

- 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.

9.2. Esta Garantia **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) com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

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

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

10.1. Esta Garantia adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 17 e 18, 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 dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF)

1. GARANTIA

1.1. A presente Garantia, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para Garantia Básica, no caso de sua invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, devidamente coberta pelo seguro, **ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.**

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

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

3. CONCEITO

3.1. 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. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 4, destas Condições Especiais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Consideram-se como riscos cobertos, **observado o disposto no item 3.1, 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 seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
 - h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos 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.**
- 4.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:**

- a) **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, 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** que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os riscos decorrentes de acidentes.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Sendo reconhecida a invalidez, pela Seguradora, o Capital Segurado será pago, de uma só vez, ao próprio Segurado.

6.2. Respeitado o disposto nos itens 13 e 14, das 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.

6.2.1. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da invalidez funcional permanente total por doença (data do sinistro).

6.2.2. 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 4, destas Condições Especiais.

6.3. 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.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O valor do Capital Segurado para esta Garantia é o do Capital Segurado para a Garantia Básica.

7.2. Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do capital, quando da liquidação de sinistro, a **data em que a invalidez ficou caracterizada através de declaração médica apta a essa finalidade e aceita pela Seguradora.**

8. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

8.1. A invalidez funcional por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica apta a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

8.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, **NÃO** caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

8.3. Ocorrendo a invalidez funcional permanente total por doença, **poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado.** Por ser essa cobertura uma **antecipação** da Garantia 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, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

8.3.1. Na hipótese do item 8.3, 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, se houver, sem qualquer devolução de prêmios.**

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

8.5. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a Garantia Básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Total e Permanente por Acidente (IPA).

8.6. 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 20, das Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

9.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice:

- 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.

9.2. Esta Garantia **termina, para cada Segurado:**

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Garantia Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) com o pagamento da indenização prevista nesta Garantia;
- d) com o falecimento do Segurado.

10. CANCELAMENTO DESTA GARANTIA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 17 e 18, das Condições Gerais, esta Cobertura cessará quando a presente Garantia for cancelada, ficando a Segura-

dora isenta de qualquer responsabilidade, observado o disposto no item 9.2, destas Condições Especiais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPDF)

ANEXO I - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: 0 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: 0 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: 0 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

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

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

ANEXO II - GLOSSÁRIO

Agravo Mórbido - Piora de uma doença

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

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

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

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

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

Cardiopatia Grave - Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença Profissional - Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

Etiologia - Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade - Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Funções Autonômicas ou Relações Autonômicas

- Atividades de vida diária - físicas, mentais e fisiológicas - habitualmente realizadas sem ajuda de terceiros ou de dispositivos e aparelhos, e que, uma vez comprometidas, levam à perda de existência independente do indivíduo, como, por exemplo, quanto à higiene, alimentação, locomoção, funções fisiológicas (respiração, circulação, excreção, nutrição).

Hígido - Saudável.

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

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

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

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

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

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

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

Seqüela - 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Garantia, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão automática do cônjuge, do Segurado Principal, no seguro, **exclusivamente** na Garantia Básica – morte;

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da Garantia acima.

1.3. 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. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:

- se encontrar em boas condições de saúde e
- atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

2.2. A inclusão do cônjuge se dará mediante preenchimento de Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal**, observado o disposto no item 6.2.3, das Condições Gerais.

2.3. Poderão ser aceitos, a critério exclusivo da Seguradora, sem Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, os cônjuges incluídos no grupo inicial da Apólice ou cujas inclusões sejam solicitadas até 30 (trinta) dias da data em que passarem a fazer parte do grupo segurável.

2.4. A inclusão estará condicionada à aprovação, pela Seguradora, que poderá solicitar exames, para análise da Proposta de Adesão.

2.5. 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. Os Capitais Segurados dos cônjuges, incluídos por esta Garantia, **não poderão ser superiores** aos contratados para o Segurado Principal e estarão descritos na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no contrato, se houver.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte devida por esta garantia 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 paga aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

5. VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. Esta garantia, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho, do Segurado Principal, **exclusivamente**, na Garantia Básica - morte.

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da Garantia Básica.

1.3. Para os efeitos desta Cláusula, **são considerados e/ou equiparados a filhos**, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- a)** o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- b)** o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- c)** o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito) anos, desde que o Segurado Prin-

cipal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

- d)** o absolutamente incapaz, do qual o Segurado Principal seja tutor ou curador.

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

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderão participar do seguro os filhos que:

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

2.2. A inclusão do filho se dará mediante preenchimento de Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal**, observado o disposto no item 6.2.3, das Condições Gerais.

2.3. Poderão ser aceitos, a critério exclusivo da Seguradora, sem Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, os filhos incluídos no grupo inicial da Apólice ou cujas inclusões sejam solicitadas até 30 (trinta) dias da data em que passarem a fazer parte do grupo segurável.

2.4. A inclusão do filho estará condicionada à aprovação, pela Seguradora, que poderá solicitar exames para análise do risco.

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados do filho, incluído por esta Cláusula, **não poderão ser superiores** ao contratado para o Segurado Principal e estarão descritos na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no contrato, se houver.

3.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura observará o disposto no item 6.2.12, das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1. O beneficiário da indenização por morte prevista nesta Cláusula será 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, salvo disposição em contrário.

5. VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Para recorrer à Ouvidoria, o cliente deve esgotar as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa e não ter ficado satisfeito com a solução apresentada.

As manifestações poderão ser feitas via e-mail:

ouvidoria@segurosunimed.com.br,

internet: www.segurosunimed.com.br, ou por carta:

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 10º andar
CEP 01410-901 - São Paulo - SP.